

Condiciones Generales de la Póliza

Póliza de seguros de asistencia médica Bupa
Global Care / Plan Individual / Modalidad Mixta

Contents

1.	Antecedentes	3
2.	Amparo básico o cobertura básica	3
3.	Cobertura para gastos de hospitalización y tratamiento en el hospital	8
4.	Cobertura para gastos por maternidad	10
5.	Cláusulas contractuales obligatorias	11
6.	Otros beneficios	12
7.	Cobertura para otros beneficios	15
8.	Condiciones preexistentes	15
9.	Discapacidad	16
10.	Prohibición a las exclusiones	16
11.	Definiciones	16
12.	Exclusiones y limitaciones generales de la póliza.	24
13.	Vigencia	27
14.	Elegibilidad y designación de beneficiarios	27
15.	Residencia en el país	27
16.	Cambio de país de residencia	27
17.	Extensión de cobertura en el extranjero por estudios o trabajo temporal	27
18.	Límite máximo anual	28
19.	Deducible, coaseguro y copago	28
20.	Deducible anual	28
21.	Declaración falsa, reticencia, fraude y actuaciones de mala fe.	28
22.	Período de carencia	28
23.	Exoneración del período de carencia:	29
24.	Modalidad del plan	29
25.	Tarifario médico	29
26.	Pago de la prima	29
27.	Cambio de tarifa de primas	29
28.	Condiciones de renovación	29
29.	Coordinación de beneficios	29
30.	Terminación anticipada del seguro	30
31.	Restablecimiento de vigencia del contrato o rehabilitación de póliza	30
32.	Condición de cobertura por transferencia o cambio de producto	30
33.	Obligaciones del asegurado	30
34.	Obligaciones de la compañía	30
35.	Proceso y tiempos de reclamo para cobertura	31
36.	Requisito de pre-autorización y notificación (coordinación de servicios)	31
37.	Documentos necesarios para la reclamación de un siniestro	31
38.	Indemnización	31
39.	Forma de pago de la indemnización	31
40.	Pérdida de derecho a la indemnización	32
41.	Pagos en caso de fallecimiento	32
42.	Pago por error	32
43.	Pago de reclamos no cubiertos	32
44.	Prohibiciones de la compañía	32
45.	Arbitraje o mediación	32
46.	Solución de conflictos	32
47.	Notificaciones	32
48.	Subrogación	32
49.	Jurisdicción y domicilio	33
50.	Prescripción	33
51.	Verificación de texto	33
	PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA INCLUIDAS EN TARIFA CERO	34

1. Antecedentes

Esta póliza es un contrato de seguro entre el **asegurado titular** y **la compañía** con validez por cada año póliza.

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

- ▶ Condiciones generales de la póliza
- ▶ Tabla de coberturas
- ▶ Condiciones particulares
- ▶ Solicitud de seguro de asistencia médica individual
- ▶ 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 titular** nombrado en la solicitud de seguro de asistencia médica individual.

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 los **asegurados** cumplan o tengan determinada edad, siempre que dichos contratos posean una continuidad mínima previa de cinco años.

Las opciones de planes disponibles bajo Bupa Global Care son las que se indican:

- ▶ Bupa Global Care Max
- ▶ Bupa Global Care Plus
- ▶ Bupa Global Care Esencia

Cada plan presenta diferentes opciones de deducibles, para elección del asegurado titular, el deducible elegido se especificará en la tabla de coberturas de su Bupa Global Care seleccionado.

2. Amparo básico o cobertura básica

La compañía cubrirá únicamente los gastos relacionados con las coberturas y beneficios cubiertos, de conformidad con lo establecido en la tabla de coberturas del plan correspondiente.

Cualquier tratamiento, procedimiento o servicio cubierto bajo esta póliza, requerirá que el **asegurado titular** realice la coordinación del servicio o preaprobación con **la compañía** para recibir una preautorización excepto se especifique lo contrario en las condiciones particulares o tabla de coberturas.

En caso de que el **asegurado titular** no realice la coordinación de servicios o preautorización del servicio con **la compañía**, ya sea que el producto contratado este sujeto a una red o cuente con libre elección de proveedores, este será responsable por una penalización definida en las condiciones particulares de la póliza, aplicable a todos los gastos cubiertos relacionados con la reclamación en base a los costos usuales, razonables y acostumbrados (URA o su siglas en inglés UCR) de la zona geográfica en la que se prestó el servicio, además del deducible y coaseguro, de ser aplicables.

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al **asegurado titular** o **asegurado(s)** dependiente(s), únicamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por la atención médica a causa de una lesión accidental o enfermedad sufrida por un **asegurado** cubierto bajo esta póliza siempre y cuando se cumpla con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a) La póliza se encuentre vigente;
- b) Que su plan de seguro incluya esta cobertura en las condiciones particulares de la póliza y tabla de coberturas;
- c) Después que el copago, el coaseguro, y el deducible hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las condiciones generales y condiciones particulares de la póliza; y
- d) Sujeto a la comprobación de la necesidad médica y a los límites máximos de la póliza.

A los beneficios cubiertos pueden aplicársele exclusiones o restricciones específicas de cada **asegurado**. Podrá consultar la cláusula 12 de “exclusiones y limitaciones” de las condiciones generales de la póliza antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios que se describen en la tabla de coberturas de su Bupa Global Care correspondiente.

La compañía reembolsará al **asegurado titular** o pagará directamente al proveedor de servicios, el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite que indique la tabla de coberturas o hasta el límite máximo por cada persona asegurada en la póliza, todo lo anterior según lo estipulado en las condiciones particulares de la póliza vigente para el área geográfica de cobertura y en el momento de incurrencia del gasto.

2.1 Cobertura para tratamientos preventivos

2.1.1. Examen de salud general

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

Una vez que el **asegurado** haya superado el periodo de carencia establecido en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza, **la compañía** pagará por un (1) examen de salud general (chequeo médico preventivo).

El examen de salud general (chequeo médico preventivo), normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, rayos x (rx) de tórax, espirometría, electrocardiograma, y/o evaluación de riesgo cardíaco.

2.1.2. Test genético del cáncer

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubre un (1) test, una consulta previa y otro posterior solamente si el procedimiento es médicamente necesario y cumple con los requisitos específicos de cada tipo de test detallados a continuación:

- ▶ El **asegurado** es referido por un médico;
- ▶ Tanto las pruebas como las consultas se lleven a cabo en un proveedor de salud certificado.

Las pruebas cubiertas bajo este beneficio incluyen:

- a) Test genético de cáncer de mama y ovario
Incluye el estudio de los genes brca 1 y brca 2 o el panel genético para estudio de cáncer hereditario de mama y ovario en sangre periférica para **asegurado** sin antecedente personal de cáncer de mama u ovario que cumpla los siguientes requisitos:
 - ▶ Con 2 o más familiares de 1° o 2° grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama o
 - ▶ Con 2 o más familiares de 1° o 2° grado afectado por cáncer de ovario a cualquier edad o
 - ▶ Con 2 o más familiares de 1° o 2° grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama y por cáncer de ovario a cualquier edad.
- b) Test genético para el cáncer de próstata hereditario
Incluye el estudio genético para detectar el cáncer de próstata hereditario para **asegurados** de alto riesgo sin antecedente personal de cáncer de próstata que cumpla los siguientes requisitos:
 - ▶ **Asegurados** con dos o más parientes cercanos (padre, hermano, hijo, abuelo, tío o sobrino) del mismo lado de la familia a quienes se les haya diagnosticado cáncer de próstata antes de los 55 años.
 - ▶ **Asegurados** con dos o más parientes de primer grado con cáncer de mama y/u ovario.

- c) Test genético del cáncer de colon
Incluye las siguientes pruebas genéticas para detectar el cáncer de colon:
- ▶ Panel general de cáncer de colon hereditario
La cobertura se brinda para **asegurados** de alto riesgo sin antecedente personal de cáncer de colon que cumpla los siguientes requisitos:
 - ▶ **Asegurados** que hayan tenido cáncer gastrointestinal antes de los 50 años;
 - ▶ **Asegurados** que hayan sufrido más de un tipo de cáncer;
 - ▶ **Asegurados** que tengan 3 o más miembros de la familia con cáncer gastrointestinal u otros tumores relacionados (útero y ovario);
 - ▶ **Asegurados** que hayan tenido 10 o más pólipos gastrointestinales a lo largo de su vida; y
 - ▶ **Asegurados** con historia familiar de síndromes de cáncer colorrectal hereditario.

2.1.3. Cirugía profiláctica para reducción de riesgo de cáncer

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía pagará los gastos de cirugía preventiva para reducción de riesgo de cáncer para **asegurados** no afectos de cáncer de ovario y/o mama en las que la cirugía profiláctica se considera una opción terapéutica tras el resultado de brca1 y brca2.

Las cirugías comprendidas bajo esta cobertura incluyen:

- ▶ Mastectomía profiláctica (extirpación de tejido mamario). Incluye la reconstrucción mamaria posterior.
- ▶ Ooforectomía profiláctica bilateral o unilateral (extirpación quirúrgica de los ovarios)

Se puede considerar la cirugía preventiva o profiláctica si el **asegurado**:

- ▶ Tiene una mutación en los genes brca1 o brca2 o ciertos otros genes que aumentan el riesgo de cáncer de seno (resultado positivo en la prueba que se detecta mediante pruebas genéticas);
- ▶ Recibió radioterapia en el tórax antes de los 30 años.

La cobertura se brinda siempre y cuando sea prescrita por el médico tratante, exista necesidad médica y/o evidencia médica que la cirugía vaya a tener un impacto futuro favorable en la salud del **asegurado** y sujeto a los criterios de aprobación y las políticas médicas de **la compañía**.

Queda excluido de la presente cobertura cualquier cirugía con finalidad estética o relacionada con cualquier tratamiento experimental.

2.1.4. Vacunas

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas, cuando sean médicamente requeridas:

- ▶ Vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños y adultos en el ecuador;
- ▶ Vacuna del virus del papiloma humano (vph) para proteger contra el cáncer cervical;
- ▶ Vacuna contra la influenza (gripe);
- ▶ Vacunas legalmente exigidas para viajes;
- ▶ Vacunas contra el neumococo; y
- ▶ Medicinas contra la malaria.

2.2 Cobertura por tratamiento ambulatorio

Los servicios ambulatorios incluyen: atención ambulatoria profesional en medicina general y en las diversas especialidades y sub - especialidades practicadas en los diferentes establecimientos de salud y en los domicilios cuando lo justifique el estado de salud del paciente o la imposibilidad de movilizarlo; que incluya diálisis y hemodiálisis entre otras atenciones, todas las derivaciones e interconsultas, insumos médicos, quirúrgicos y medicamentos que la detección, diagnóstico, tratamiento rehabilitación, cuidados paliativos y de largo plazo demanden para la atención integral de salud del paciente.

2.2.1. Cirugía ambulatoria

La compañía cubrirá los gastos relacionados con los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados por médicos con licencia y en un establecimiento de salud que cuenten con los permisos de funcionamiento vigentes otorgados por la autoridad competente para la realización de estos procedimientos. Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

2.2.2. Exámenes de patología, radiología y diagnóstico

La compañía pagará los gastos derivados de los siguientes exámenes de diagnóstico y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un médico para determinar el diagnóstico o para evaluar el estado de salud posterior a un tratamiento médico:

- ▶ Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología
- ▶ Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ecg)
- ▶ Otros exámenes de ayuda para determinar el diagnóstico y su adecuado tratamiento o procedimiento, siempre y cuando estén sustentados por la evidencia médica actual y disponible.

2.2.3. Honorarios médicos

2.2.3.1 Consulta o atención médica externa (médico general y especialista)

La compañía pagará los honorarios por concepto de consulta con especialistas y médicos generales respetando el criterio de honorarios usuales, acostumbrados y razonables estipulados por **la compañía**, para:

- ▶ Proponer un tratamiento
- ▶ Dar seguimiento al tratamiento recibido previamente
- ▶ Recibir consultas o tratamientos pre y post hospitalarios
- ▶ Prescribir medicamentos
- ▶ Determinar el diagnóstico relacionado con los síntomas manifestados

2.2.3.2 Enfermeros profesionales

La compañía cubrirá los gastos relacionados al cuidado de enfermeros profesionales calificados y debidamente registrados como tal, para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- a) Que el(la) enfermero(a) no sea miembro de la familia y que no resida con el **asegurado**;
- b) Que haya sido ordenado por el médico tratante;
- c) Que se considere médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o la lesión por accidente;
- d) Que sean autorizados previamente por **la compañía**;
- e) Que los tiempos de servicio se encuentren debidamente comprobados: tiempo completo (honorarios por hora), tiempo parcial (honorarios por hora), intermitente (honorarios por visita).

Los servicios de enfermería no incluyen aquellos requeridos para la comodidad del paciente o de los miembros de su familia como son bañar, alimentar, ejercitar, mover al paciente, darle medicinas por vía oral o actuar como su acompañante, supervisor o para proveerle

atención en el hogar, aun cuando se considere médicamente necesario. Todos estos servicios se consideran cuidados de custodia o asistenciales y por lo tanto no serán cubiertos bajo esta cobertura. **La compañía** considerará las necesidades médicas globales y no llegará a ninguna determinación sobre la base de diagnóstico solamente. Este servicio se pagará de acuerdo con los límites establecidos en la tabla de coberturas del plan contratado.

2.2.4. Servicio de terapias

La compañía cubrirá los honorarios relacionados con consultas, honorarios y tratamiento en que se haya incurrido por servicios cubiertos por fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos, terapeutas ocupacionales y ortópticos, podiatra y quiropodista y terapeutas complementarios (terapias físicas, cardíacas, respiratorias y lenguaje) para que un **asegurado** recupere o mantenga, si es posible, el estado de salud en que se encontraba antes del padecimiento de una enfermedad o lesión por un accidente, cubierto por esta póliza y a consecuencia del cual dicho estado se ha deteriorado.

Este servicio y sus rubros están condicionados a que se cumplan todos y cada uno de los requisitos descritos en la cobertura a la cual se encuentra asociado el mismo y al cumplimiento adicional de todos y cada uno de los siguientes puntos:

- a) Que el servicio sea médicamente necesario, no experimental y recomendado por un médico; para el tratamiento, cura o atención de una enfermedad, o lesión por accidente, sufrida por un **asegurado** y que esté cubierta bajo esta póliza en alguna de sus coberturas incluidas en las condiciones particulares;
- b) Que exista un tratamiento previamente definido, documentado, de duración específica y preestablecida debidamente elaborado por el profesional calificado y debidamente registrado, que brinda la atención.
- c) Que los servicios estén bajo la dirección y seguimiento de un médico;
- d) Sujeto a la aprobación, condiciones, recomendaciones y procedimientos que indique **la compañía**

Los rubros de procedimientos terapéuticos que estarán cubiertos bajo este servicio son los que se indican a continuación:

- a) fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos, terapeuta ocupacional y ortóptico

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamientos de fisioterapeutas, osteópatas, quiroprácticos, terapeutas ocupacionales y ortópticos profesionales debidamente calificados y registrados para ejercer en el país donde realiza el tratamiento para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del **asegurado**. El **asegurado** deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener cada aprobación mediante la coordinación del servicio. Una sesión puede incluir múltiples disciplinas si son programadas juntas como una sesión, o serán consideradas como sesiones separadas si son programadas en diferentes días.

- b) podiatra, quiropodista

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los honorarios relacionados con el tratamiento realizado por un podiatra, quiropodista o especialista profesional en ortopedia debidamente calificado y registrado para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento, posterior a un diagnóstico y que forme parte del tratamiento prescrito por el médico tratante.

- c) terapeutas complementarios

Confirme en las condiciones particulares de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento de acupunturistas, reflexólogos y de lenguaje con el objeto de restaurar la función física normal, cuando los profesionales estén debidamente calificados y registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento. El tratamiento proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta será considerado como una visita separada.

- d) consultas medicina alternativa o ancestral

Esta cobertura será cubierta de acuerdo a lo establecido en sus condiciones particulares y tabla de beneficios y **es obligatoria en territorio ecuatoriano**.

La compañía cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía, ancestral y medicina tradicional china (mtc) debidamente registrados para ejercer en el territorio ecuatoriano.

Si cualquier medicina complementaria o tratamiento es proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta, estos costos serán considerados como una consulta independiente.

Estos medicamentos deben ser brindados 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.

2.2.5. Medicamentos y materiales de curación con receta médica

La compañía cubrirá los medicamentos con receta médica según lo establecido en las condiciones particulares de la póliza o tabla de coberturas, siempre y cuando sean prescritos por un médico legalmente habilitado de forma previa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia. **La compañía** cubrirá los medicamentos genéricos y de marca o casa comercial disponibles, tomando como primera opción los medicamentos genéricos.

La compañía podrá, a su discreción aplicar protocolos de terapias escalonada o step therapy para la aprobación de medicamentos prescritos.

2.2.6. Medicamentos de alto costo

La compañía cubrirá los medicamentos de alto costo siempre y cuando el **asegurado** haya realizado con anticipación la coordinación del servicio con **la compañía** para obtener una pre-autorización. **La compañía** evaluará la cobertura del medicamento o del componente activo en cualquiera de sus presentaciones disponibles, genéricas o de casa marca o comercial.

La compañía podrá, a su discreción aplicar protocolos de terapias escalonada o step therapy para la aprobación de medicamentos prescritos.

2.2.7. Equipo médico durable

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los gastos derivados según los límites establecidos en la tabla de coberturas de la utilización de equipo médico durable, incluyendo, pero no limitados, sillas de rueda, equipo de oxígeno, muletas, termómetros, tiras reactivas, bomba de insulina y sus componentes, siempre y cuando:

- Sea prescrito por un médico,
- Cumpla con la definición de equipo médico durable descrita en la presente póliza
- El **asegurado** realice la coordinación del servicio con **la compañía** para recibir autorización previa.

La compañía no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.

2.2.8. Asesoría nutricional

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía pagará por consultas con un nutricionista debidamente facultado, si la asesoría nutricional está relacionada con una enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza hasta los límites establecidos en la tabla de coberturas.

2.2.9. Imagenología avanzada

La compañía cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas incluyendo, pero no limitado a:

- ▶ Estudios de imagen por resonancia magnética (IRM)
- ▶ Tomografía computarizada (TC)
- ▶ Tomografía por emisión de positrones (pet). Se requiere una coordinación de servicios para recibir autorización previa.

Los estudios deberán ser prescritos por el médico o doctor del asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas.

2.2.10. Diálisis renal o hemodiálisis

La compañía pagará el procedimiento de diálisis o hemodiálisis por insuficiencia renal para el paciente hospitalizado o paciente ambulatorio siempre y cuando sea medicamento necesario y se realicen en establecimientos de salud autorizados para brindar este tipo de servicios.

2.2.11. Cobertura para autismo

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los costos relacionados con el autismo, incluyendo consultas médicas y medicamentos, una vez que sea diagnosticado el síndrome (desorden) en cualquiera de sus manifestaciones (espectro). Este beneficio también incluye terapias de lenguaje, terapia ocupacional y terapias de modificación de conducta (aba) siempre y cuando sean realizadas por un médico o especialista certificado y en una institución médica (clínica u hospital o centro de terapias).

2.2.12. Gastos por atención de desórdenes mentales o nerviosos

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al asegurado titular o asegurado dependiente, únicamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por tratamientos psiquiátricos ambulatorios y de reclusión hospitalaria para la atención de desórdenes mentales, nerviosos o enfermedades mentales de base orgánica, como se define en la cláusula 11. “definiciones” hasta los límites establecidos para esta cobertura en las condiciones particulares.

Todos los gastos, incluyendo honorarios serán pagados o reembolsados en base a los costos usuales, razonables y acostumbrados (ura) de la región o país donde se brinde el servicio.

2.2.12.1 Salud mental

Esta cobertura será utilizada también para indemnizar al asegurado titular o asegurado dependiente, únicamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por prestaciones preventivas; de tratamiento y rehabilitación; de atención ambulatoria; y, de trastornos de salud mental, conforme el plan contratado.

2.2.13. Cobertura de cuidados paliativos para pacientes terminales

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Derivado de esta cobertura, la compañía pagará los servicios hasta por un máximo de doce (12) meses, en caso de que el asegurado reciba un diagnóstico de enfermedad terminal y ya no pueda recibir tratamiento que conduzca a su recuperación.

La compañía pagará solo por una de las siguientes opciones:

Servicios de centros especializados para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:

- ▶ Alojamiento en centro para pacientes terminales
- ▶ Cuidados de enfermero(a) profesional calificado
- ▶ Medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
- ▶ Cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales

Servicios de enfermería en casa para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:

- ▶ Cuidados de enfermero(a) profesional calificado ante la autoridad nacional competente donde se reciba el tratamiento o servicio,
- ▶ Medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
- ▶ Cuidados asistenciales proporcionado por un enfermero(a) profesional calificado
- ▶ Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la compañía.

2.3 Cobertura prehospitalaria

Cobertura para gastos por transporte, evacuación y viajes

La compañía no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de transporte, evacuación y viajes, pero coordinará estos servicios en favor del asegurado. En algunos países, la compañía podrá usar a socios proveedores de servicios para coordinar estos servicios localmente, pero la compañía siempre estará con el asegurado para apoyarle.

2.3.1. Evacuación médica

La compañía cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica, cuando el asegurado se encuentre hospitalizado para recibir atención médica por una condición cubierta, hacia el lugar apropiado más cercano en donde el tratamiento médico necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física del asegurado. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana con la infraestructura requerida para proveer el nivel de atención médica requerida deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada en el país o región donde se brinde el servicio. El vehículo o aeronave utilizado deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

Si el asegurado es transportado para recibir tratamiento, recibirá cobertura por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde fue trasladado. Deberá obtenerse autorización previa de la compañía, y el viaje de regreso debe realizarse dentro de los catorce (14) días siguientes al final del tratamiento. La compañía cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

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

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

2.3.2. Ambulancia aérea o fluvial

La compañía cubrirá los gastos incurridos considerando los costos usuales, razonables y acostumbrados (ura) del área geográfica donde el gasto fue incurrido, para la debida atención médica del asegurado por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizado para transportar al asegurado:

- a) De la ubicación de un accidente al hospital, o
- b) Para el traslado de un hospital a otro

Será procedente esta cobertura cuando:

- ▶ La ambulancia aérea sea médicamente necesaria;
- ▶ Sea utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros;

- ▶ Esté relacionada al tratamiento cubierto que el **asegurado** necesite recibir en el hospital;
- ▶ El tratamiento no esté disponible donde el **asegurado** esté hospitalizado;
- ▶ Que la condición médica del **asegurado** no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros; y
- ▶ Que **la compañía** haya aprobado el uso de la ambulancia aérea antes del inicio del vuelo.
- ▶ De no existir las condiciones para un traslado vía aérea y es solo por vía fluvial, esta será cubierta.

Todo lo anterior siempre sujeto a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan en las condiciones particulares y generales de la póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

2.3.3. Ambulancia terrestre

La compañía cubrirá los gastos incurridos considerando los costos usuales, acostumbrados y razonables del área geográfica donde el gasto fue incurrido, para la debida atención médica del **asegurado** por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al **asegurado**:

- a) De la ubicación de un accidente al hospital,
- b) Para el traslado de un hospital a otro, o
- c) De su casa al hospital

Será procedente esta cobertura cuando:

- ▶ La ambulancia terrestre sea médicamente necesaria;
- ▶ Esté relacionada al tratamiento cubierto que el **asegurado** necesite recibir en el hospital;
- ▶ El tratamiento no esté disponible donde el **asegurado** esté hospitalizado y
- ▶ Que **la compañía** haya aprobado el uso de la ambulancia terrestre.

2.3.4. Repatriación médica

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los costos de viaje de traslado para una repatriación médica:

- a) Al país de nacionalidad o al país de residencia del **asegurado** según la información que haya proporcionado en su solicitud de seguro de salud, y
- b) El traslado de regreso al lugar de donde el **asegurado** fue trasladado.

La cobertura se brinda siempre que el **asegurado** realice la coordinación del servicio con **la compañía** para obtener una pre-autorización, y cuando el viaje de regreso se realice dentro de los catorce (14) días siguientes al final del tratamiento.

La compañía cubrirá los costos razonables para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

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

En algunos casos, podrá ser más apropiado que el **asegurado** viaje al aeropuerto en taxi que en otro medio de transporte, como por ejemplo en una ambulancia. En estos casos, y si está autorizado previamente, **la compañía** pagará la tarifa del taxi.

En algunos casos, el **asegurado** podrá solicitar una repatriación médica comunicándose con **la compañía** para coordinar el servicio y recibir autorización; sin embargo, esto puede ser médicamente inapropiado. En estos casos, **la compañía** primero evacuará al **asegurado** al lugar apropiado más cercano en donde el tratamiento necesario esté disponible. Una vez que el **asegurado** esté médicamente estable, **la compañía** procederá con la repatriación al país de nacionalidad o país de residencia que el **asegurado** haya especificado. **La compañía** no pagará ningún otro costo relacionado con la repatriación, como los costos de traslado al hotel o alojamiento de hotel.

2.3.5. Costos de viaje de traslado para un acompañante por evacuación médica del asegurado

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un (1) familiar cercano del **asegurado** (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. **La compañía** considera como ‘necesidad razonable’ cuando el **asegurado** necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:

- ▶ Necesita asistencia para subir o bajar de un transporte, o
- ▶ Necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros),
- ▶ No hay acompañamiento médico disponible, o
- ▶ En el caso de una enfermedad o dolencia aguda y seria.

La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el **asegurado** que requiere el tratamiento, dependido de los requerimientos médicos.

La compañía cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando:

- ▶ Se realice la coordinación del servicio con **la compañía** para obtener una pre-autorización; y
- ▶ El viaje de regreso se realice dentro de los catorce (14) días siguientes al final del tratamiento del **asegurado**.

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

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

La compañía no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación se haga para que el **asegurado** reciba tratamiento como paciente ambulatorio.

2.3.6. Costos de alimentación y transporte para acompañante por evacuación médica del asegurado

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a) que esté autorizado para viajar con el **asegurado**:

- ▶ Únicamente durante una evacuación médica cubierta por **la compañía**, y
- ▶ Hasta por diez (10) días o hasta el día de alta del **asegurado**, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del **asegurado** se encuentre fuera de su país de residencia habitual.

La compañía no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el **asegurado** reciba tratamiento como paciente ambulatorio.

2.3.7. Costos de viaje de traslado de niños por evacuación o repatriación médica del asegurado

Confirme en las condiciones particulares de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del **asegurado** sean trasladados junto con el **asegurado** en caso de su evacuación o repatriación, siempre y cuando los hijos sean menores de dieciocho (18) años, y cuando:

- ▶ Sea médicamente necesario que el **asegurado** (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado,
- ▶ El(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al **asegurado**, y
- ▶ Que, de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado.

2.3.8. Costos de viaje de traslado, alimentación y trasporte para visita compasiva

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá el costo de un boleto de avión en clase turista para el viaje de traslado de hasta tres (3) familiares cercanos del **asegurado** (esposo(a) o pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a) que vivan en otro país, cuando el **asegurado** sufra un accidente o enfermedad o dolencia repentina aguda grave y necesite estar internado en el hospital por lo menos cinco (5) días, o cuando ha recibido un diagnóstico terminal de corto plazo.

Este beneficio incluye el costo del boleto en clase turista para el regreso de los familiares del **asegurado** a su país de origen.

La compañía cubrirá los costos de alimentación y transporte para los familiares del **asegurado**:

- ▶ Durante un viaje de visita compasiva elegible, y
- ▶ Hasta por diez (10) días mientras los familiares estén fuera de su país de residencia habitual.

Este beneficio no corresponde en casos de evacuación o repatriación. En estos casos, **la compañía** solamente cubrirá los gastos especificados bajo los beneficios descritos en el presente artículo en la cláusula 2.3.5. ("costos de viaje de traslado para un acompañante por evacuación o repatriación médica del **asegurado**"), 2.3.6. ("costos de alimentación y transporte para acompañante por evacuación médica del **asegurado**") y 2.3.7. ("costos de viaje de traslado de niños por evacuación o repatriación médica del **asegurado**").

2.3.9. Repatriación de restos mortales

La compañía cubrirá los gastos razonables para el traslado, en clase económica (carga), del cuerpo o restos mortales cremados del **asegurado** a su país de nacionalidad o a su país de residencia:

- ▶ En el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su país de residencia, y
- ▶ Sujeto a los requerimientos, servicios, suministros y restricciones de la aerolínea necesarios para preparar y transportar el cuerpo.

La compañía sólo pagará por los arreglos reglamentarios, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.

La compañía no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del **asegurado**.

2.3.10. Exclusiones específicas de esta cobertura

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

3. Cobertura para gastos de hospitalización y tratamiento en el hospital

3.1 Alojamiento en el hospital y alimentos

La compañía cubrirá los gastos generados por:

- a) Cuarto de hospitalización privado o semiprivado
- b) Alimentación
- c) Medicamentos
- d) Insumos y materiales clínicos

La compañía pagará los gastos generados por la hospitalización y tratamiento hospitalario del **asegurado**, siempre y cuando:

- a) Exista una necesidad médica de permanecer en el hospital,
- b) El tratamiento sea proporcionado o administrado por un especialista, y
- c) La duración de su estadía sea médicamente justificada.

La compañía no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, suite, habitación de lujo o similares.

3.2 Cama extra en el hospital para acompañante

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los cargos incluidos en la factura del hospital, hasta el límite del beneficio estipulado en las condiciones particulares de la póliza, por concepto de cama para un (1) acompañante de un **asegurado** hospitalizado que esté recibiendo un tratamiento cubierto por la póliza.

3.3 Gastos de alojamiento para acompañantes

En caso de hospitalización mayor a cinco (5) noches

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los gastos generados por habitación y alimentos diarios para hasta tres (3) acompañantes en el hospital donde se encuentra el **asegurado** o en un hotel o alojamiento similar cercano, incluyendo el costo de transporte entre el hotel o alojamiento similar y el hospital, cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado recibiendo tratamiento cubierto por más de cinco (5) noches. La cobertura se activa a partir del quinto (5to) día de hospitalización.

3.4 Gastos dentro de la sala de operaciones

La compañía cubrirá los gastos generados por:

- ▶ Sala de operaciones.
- ▶ Sala de recuperación,
- ▶ Medicamentos,
- ▶ Materiales quirúrgicos,
- ▶ Materiales clínicos,
- ▶ Insumos adicionales

En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.

La compañía podrá, a su discreción y bajo evaluación individual de cada caso, aplicar protocolos de terapias escalonada o step therapy para la aprobación de medicamentos prescritos.

3.5 Cuidados intensivos

La compañía cubrirá los gastos de tratamiento en la unidad de tratamiento intensivo (uti), unidad coronaria y unidad de cuidados intermedios (uci) cuando sea médicamente necesario o cuando sea una parte esencial del tratamiento.

3.6 Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico

La compañía pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, instrumentista y anesthesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la hospitalización cubierta por esta póliza.

Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento.

Los honorarios del cirujano principal, anesthesiólogo y cirujano asistente se pagarán de acuerdo con las tarifas especiales establecidas por **la compañía** para un proveedor, área o país determinado teniendo en consideración los códigos cpt por sus siglas en inglés (terminología procedimental actual,), los costos usuales, razonables y acostumbrados (ura) del país o región en que se brinde el servicio y los porcentajes especificados en las condiciones particulares y tabla de coberturas de su plan contratado.

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 código del segundo 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.

3.7 Exámenes de patología, radiología y diagnóstico

La compañía cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un especialista para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el **asegurado** esté hospitalizado.

3.8 Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía pagará los gastos derivados del tratamiento suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas y terapeuta respiratorio si se requiere como parte de su tratamiento hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos tratamientos no sean el único motivo de su hospitalización y la enfermedad o dolencia principal se encuentre debidamente cubierta bajo esta póliza.

3.9 Tratamiento quirúrgico para control de la obesidad

Según límites y condiciones particulares de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio en su tabla de coberturas.

3.9.1. Cirugía bariátrica (método apollo y pose)

El procedimiento estará cubierto después de cumplirse un período de carencia específico establecido en las condiciones particulares de la póliza, sujeto a los siguientes criterios:

- ▶ El **asegurado** reclamante se le ha diagnosticado obesidad mórbida (índice de masa corporal mayor a 40 kg/m2) o
- ▶ El **asegurado** reclamante tiene un índice de masa corporal mayor a 35 kg/m2 y presenta comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia o síndrome metabólico y
- ▶ El **asegurado** reclamante debe presentar evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses y ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el **asegurado** someterse al procedimiento.
- ▶ Presentar un informe o certificado médico que indique que el **asegurado** reclamante cumple con las condiciones pre operatorias para someterse a este procedimiento
- ▶ La técnica quirúrgica para utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de **la compañía**.

3.9.2. Balón gástrico

El procedimiento estará cubierto después de cumplirse un período de carencia específico establecido en las condiciones particulares de la póliza, sujeto a los siguientes criterios:

- ▶ El **asegurado** reclamante deberá tener un índice de masa corporal entre 27 a 30 kg/m2 y presente comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia o síndrome metabólico y
- ▶ Deberá presentar evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses
- ▶ Presentar un informe o certificado médico que indique que el **asegurado** reclamante cumple con las condiciones pre operatorias para someterse a este procedimiento
- ▶ Incluye la recolocación del balón, doce (12) meses luego del intento fallido, y con recomendación médica hasta el límite máximo de por vida especificado en las condiciones particulares de la póliza.

3.10 Prótesis e implantes prostéticos y órtesis

3.10.1. Prótesis

La compañía pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del tratamiento. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído.

La compañía no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o dolencia preexistente. **La compañía** pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de dieciocho (18) años y en el caso de adultos, los dos (2) reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por **la compañía**. Se excluye de esta cobertura las prótesis dentales.

3.10.2. Implantes prostéticos

La compañía cubrirá los implantes prostéticos siempre y cuando sean médicamente necesarios, incluyendo, pero no limitado a:

- ▶ Para reemplazar articulación o ligamento
- ▶ Para reemplazar válvula cardiaca
- ▶ Para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial
- ▶ Para reemplazar un músculo del esfínter
- ▶ Para reemplazar el cristalino
- ▶ Para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga
- ▶ Marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardiaco interno está sujeta a autorización previa)
- ▶ Para remover exceso de líquidos en el cerebro
- ▶ Implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta póliza, **la compañía** pagará el mantenimiento subsecuente
- ▶ Estimuladores del nervio vago para tratar la epilepsia.

3.11 Órtesis

La compañía cubrirá los dispositivos de órtesis siempre y cuando sean médicamente necesarios, incluyendo, pero no limitado a:

- ▶ Una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica;
- ▶ Soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral; y
- ▶ Fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello.

3.12 Cirugía reconstructiva

La compañía cubrirá los gastos relacionados con cualquier tratamiento para restaurar la apariencia física del asegurado después de un accidente, enfermedad o dolencia, lesión o cirugía. La compañía podrá pagar por la cirugía cuando la enfermedad o dolencia, lesión o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua de la póliza.

Si el médico del asegurado recomienda la realización de una cirugía cosmética para corregir un problema funcional que genera una enfermedad o dolencia, el asegurado deberá comunicarse con la compañía para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la compañía. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidas en la tabla de coberturas.

3.13 Cobertura para gastos por atención de salud mental

Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico durante la hospitalización

La compañía pagará los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico (incluyendo los medicamentos, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el tratamiento, exámenes de laboratorios y estudios de imagenología), siempre y cuando, se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a) El tratamiento sea médicamente necesario;
- b) Sea como consecuencia directa de una enfermedad o dolencia primaria cubierta por la póliza (no relacionada a una condición psiquiátrica o psicológica), y
- c) La terapia se otorgue durante la estadía en el hospital.

3.14 Atención de urgencia:

Se cubrirá el financiamiento para la atención de toda urgencia médica, accidente o enfermedad, Hasta el monto de la cobertura contratada, una vez superado el período de carencia.

4. Cobertura para gastos por maternidad

Esta cobertura será utilizada únicamente para indemnizar a la asegurada titular o asegurada dependiente (cónyuge o conviviente legal), solamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por la atención médica u hospitalaria por el estado de embarazo de la asegurada titular o asegurada dependiente (cónyuge o conviviente legal) elegible bajo esta póliza, por el parto normal, cesárea electiva o cesárea medicamente necesaria, tratamientos pre y post natales y por las complicaciones del embarazo y parto, siempre y cuando el embarazo por razón del cual se han recibido los servicios cuya cobertura se reclama, se haya iniciado después de que la asegurada titular o asegurada dependiente (cónyuge o conviviente legal) elegible haya estado incluida como tal en la póliza y que la fecha de la última menstruación (fum) sea posterior al periodo de carencia estipulado para esta cobertura.

En ningún caso la compañía reconocerá la cobertura para gastos por maternidad por el estado de embarazo o complicaciones o secuelas derivadas de dicho estado de embarazo, de las hijas naturales, hijastras o hijas adoptadas que sean dependientes elegibles del asegurado titular.

Asimismo esta cobertura incluye, atención de embarazos normales, de riesgo o complicados, controles prenatales, emergencias obstétricas, partos vaginales o por cesárea, con recién nacido a término, pre – término o post término; complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término, pre término o post término, con atención en neonatología, atención perinatal, de manera integral y con asistencia de especialistas; atención en la unidad de cuidados intensivos y otros eventos que pudieren presentarse, tanto para la madre como para el recién nacido a término, pre término o post término, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre”, además de la prestación: “legrados en abortos no punibles siempre y cuando estos sean indicados como procedimiento terapéutico por un médico y de acuerdo a las condiciones del plan contratado

4.1 Cobertura por embarazo y parto

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La cobertura será reconocida de acuerdo con las condiciones particulares o tabla de cobertura de la póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en la fecha de incurrencia de dicho gasto y por razón de embarazo de la asegurada titular o asegurada dependiente (cónyuge o conviviente legal) elegible bajo la póliza. Bajo esta cobertura se podrán incluir uno (1) o más de los gastos incurridos en concepto de:

- ▶ Hospitalización;
- ▶ Honorarios del médico ginecólogo-obstetra derivados del parto normal, cesárea electiva o cesárea medicamente necesaria;
- ▶ Tratamiento prenatal y postnatal requerido (siempre y cuando el embarazo este cubierto):
 - ▶ Honorarios por consulta médico-ginecológica prenatal
 - ▶ Exámenes de laboratorio
 - ▶ Ultrasonidos obstétricos
 - ▶ Monitoreo fetal
 - ▶ Vitaminas recetadas por el médico tratante requeridas durante el embarazo
 - ▶ Examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de adn fetal libre)
 - ▶ Psicoprofilaxis de parto: manejo de dolor, ansiedad, técnicas de respiración, orientación en cuidados al recién nacido, orientación en cuidados postparto, alimentación sana, entre otras.
 - ▶ Hasta 7 días de cuidado rutinario para el recién nacido saludable.

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

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

4.2 Screening neonatal (tamizaje)

Aplica solo para los planes de embarazo y parto.

La cobertura será reconocida de acuerdo con las condiciones particulares o tabla de cobertura de la póliza vigente para el área geográfica de cobertura y en la fecha de incurrencia de dicho gasto y por razón de tamizaje neonatal del recién nacido asegurado bajo la póliza. Los procedimientos deben realizarse durante los primero treinta (30) días de vida del recién nacido asegurado y aplica para todas las enfermedades necesarias de acuerdo al monto establecido y en una institución médica reconocida y aprobada por la compañía.

4.3 Cobertura por almacenamiento de células madre del cordón umbilical

Aplica solo para los planes de embarazo y parto.

Siempre y cuando haya cobertura para el embarazo, **la compañía** cubrirá a la embarazada por bebé nacido vivo, por una sola vez por embarazo cubierto, los gastos generados por el almacenamiento de células madre del cordón umbilical, sea en el centro médico u hospital en donde se recibieron las atenciones de parto, o en centros especializados que ofrezcan tales servicios. El monto estipulado para este beneficio se brindará hasta el límite establecido en las condiciones particulares de la póliza o tabla de cobertura del plan contratado.

4.4 Cobertura especial de gastos por congelación (crio preservación) de óvulos

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La cobertura será reconocida de acuerdo con las condiciones particulares de la póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en la fecha de incurrencia de dicho gasto y por razón de gastos por congelación (crio preservación) de óvulos de la persona del sexo femenino que figure como **asegurado titular** o como cónyuge o conviviente legal elegible del **asegurado titular** bajo la póliza.

La congelación (crio preservación) de óvulos incluye los costos necesarios para la extracción y almacenamiento en el primer año en que se realiza el procedimiento hasta los límites definidos en las condiciones particulares de la póliza. Esta cobertura no incluye el pago de membresías o costos asociados luego del primer año de haber utilizado el beneficio.

El beneficio se brinda por única vez hasta el sublímite máximo de por vida detallado en las condiciones particulares de la póliza o tabla de cobertura.

4.5 Cobertura por complicaciones del embarazo y parto

Aplica solo para los planes de embarazo y parto.

La compañía cubrirá a la asegurada titular o asegurada dependiente (cónyuge o conviviente legal) por los gastos relacionados con cualquier tratamiento que sea médicamente necesario como resultado directo de complicaciones del embarazo, parto y del recién nacido de una maternidad cubierta bajo esta póliza.

Por complicaciones del embarazo o complicaciones del recién nacido durante el parto se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte fetal o del recién nacido.

Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo la póliza, incluyendo, pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos en los cuales la fecha del parto se lleve a cabo durante el período de carencia para el beneficio de maternidad.

Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios están cubiertos bajo el total máximo de este beneficio. Para propósitos de la póliza, el parto por cesárea electiva o programada o no es considerado una complicación del embarazo, maternidad y parto.

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 la póliza.

Si requiere hospitalización de emergencia como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto, la asegurada titular o asegurada dependiente (cónyuge o conviviente legal) deberá comunicarse con **la compañía** dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de haber sido hospitalizada.

4.6 Cobertura del 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. Para hacer uso de la cobertura se deberá solicitar a **la compañía** la inclusión del recién nacido dentro de la póliza.
- 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 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.

5. Cláusulas contractuales obligatorias

5.1 Enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes a la contratación:

No se realizarán incrementos adicionales a la prima, ante el apareamiento posterior de este tipo de enfermedades, tampoco se negará la renovación de esta póliza, por dichas causas.

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 condiciones.

Asimismo, esta cobertura tendrá: alimentación enteral, parenteral, y complementos alimenticios prescritos; y, tratamiento de patologías aplicables, de acuerdo a las guías de práctica clínica o en su ausencia, el uso de la medicina basada en evidencia o protocolos internacionales

5.2 Atención de emergencia:

Se cubrirá el financiamiento para la atención de toda emergencia médica, dentro o fuera de la red de proveedores de Bupa, hasta el monto de la cobertura contratada, al momento del requerimiento del prestador del servicio de salud. Si el **asegurado titular** o **asegurado dependiente** 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.

De la cobertura de emergencia. La atención de emergencia recibirá el financiamiento de salud prepagada y asistencia médica desde las 24 horas posteriores a la suscripción del contrato, hasta el monto contratado y de acuerdo al plan aprobado. En la eventualidad de

que una urgencia triaje 3 en la escala de manchester, requiera observación menor a 24 horas en el servicio de emergencias, recibirá cobertura como consulta de emergencia; en caso de que existiera una complicación y por diagnóstico médico se convierta en emergencia triaje 1 o 2 en la escala de manchester, recibirá la cobertura correspondiente a una emergencia conforme lo establecido en esta normativa

Esta cobertura es aplicable para atenciones médicas requeridas hasta el momento de la estabilización del paciente o superación del evento de emergencia, incluye el tratamiento de emergencia por accidente, de acuerdo con la tabla de coberturas y observando las siguientes condiciones:

- a) Se brindará el tope de la cobertura en la red cerrada de proveedores de Bupa, para el evento de emergencia, 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) Para atenciones de emergencia que deban atenderse en establecimientos de salud que no formen parte de la red de proveedores de Bupa, se habilitará el monto que consta en la tabla de coberturas, al momento de solicitud del prestador del servicio de salud. Se podrá habilitar el monto restante de cobertura luego de la correspondiente auditoría médica por parte de Bupa y de haber recibido la factura del prestador; y si en efecto se justifica para superar el evento de emergencia.
- c) 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.
- d) Para los casos de que el tiempo de observación en el servicio de emergencia supere las veinticuatro (24) horas, a partir de entonces el financiamiento de dicha atención se sujetará a los periodos de carencia y límites establecidos para las coberturas que aplique de acuerdo con lo establecido en la tabla de coberturas.
- e) Cuando 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 para atenciones de emergencia en casos de mora en contraprestaciones económicas
- f) En caso de que el **asegurado** pague todas sus obligaciones al momento de solicitud de la cobertura, se sujetará a lo establecido en los literales anteriores.

Asimismo, si el producto cuenta con una red de proveedores establecida en las condiciones particulares de la póliza, el **asegurado** puede recibir tratamiento en un proveedor fuera de dicha red solo si dicho tratamiento es amparado bajo la presente cobertura.

La compañía cubrirá los gastos elegibles por los servicios de atención recibidos en un cuarto de emergencias de un hospital o clínica de atención de emergencias sólo si están relacionados con un accidente o una enfermedad cubierta por la presente póliza. Se cubrirán como gastos elegibles por atención en cuarto de emergencias solamente los necesarios para la estabilización del paciente en el mismo limitado a: uso de cuarto de emergencias, materiales, insumos, equipos médicos básicos y medicamentos básicos, todo lo anterior siempre sujeto a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan en las condiciones particulares y generales de la póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

5.3 Continuidad ambulatoria u hospitalaria de emergencia

En caso de que el **asegurado** requiera ser hospitalizado como consecuencia de una emergencia o bien requiera de algún servicio ambulatorio, deberá comunicarse con **la compañía** y notificar del hecho como máximo dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la reclusión hospitalaria o atención ambulatoria, enviando adicionalmente a **la compañía** su historial médico y cualquier otra documentación e información que se le requiera para la evaluación del reclamo.

En este caso todos aquellos servicios que hayan sido brindados o que se brinden fuera del cuarto de emergencias, sean ambulatorios u hospitalarios, serán cubiertos de acuerdo con lo estipulado en estas condiciones generales y de acuerdo a lo dispuesto en cuanto a copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan en las condiciones particulares de la póliza.

5.4 Eliminación de deducible por accidente notificado

En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos, relacionados directamente con dicho accidente cubierto, durante el año póliza en que ocurrió el accidente, si este es notificado a **la compañía** y así se especifica en las condiciones particulares.

Si el accidente ocurrió dentro de los tres (3) últimos meses de vigencia de la póliza, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente.

No corresponderá la eliminación del deducible por accidente si el **asegurado** no notifica como se establece previamente en la cláusula 36 “requisito de pre-autorización y notificación (coordinación de servicios)”.

5.5 Centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en ee.uu.

Confirme en las condiciones particulares de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.
La compañía pagará los gastos derivados del tratamiento de urgencias médicas únicamente en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia urgent care) que formen parte de la red de proveedores de **la compañía** en los estados unidos de américa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza. Las redes se indicarán en el siguiente enlace: <https://www.Bupasalud.com.ec/red-de-salud>.

Los servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en ee.uu (urgent care), no serán cubiertos bajo este beneficio.

5.6 Tarifa cero:

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”, que consta en el presente documento, de conformidad a lo dispuesto en la normativa vigente y la que la autoridad sanitaria nacional, dicte para el efecto. Las coberturas de tarifa cero, se brindarán según el ciclo de vida del **asegurado**, de conformidad a lo establecido en el plan contratado, dentro 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.

Para más información, puede consultar las coberturas dirigiéndose al siguiente link: <https://www.Bupasalud.com.ec/sites/default/files/documentos/2023-08/central/prestaciones-de-prevencion-primaria-incluidas-en-tarifa-cero.pdf>

5.7 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 coberturas del plan contratado.

6. Otros beneficios

6.1 Enfermedades congénitas o hereditarias

La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es la siguiente:

- a) Condiciones que sean diagnosticadas o se manifiesten antes de que el **asegurado** cumpla los 18 años de edad (incluye al recién nacido).
- b) Condiciones que sean diagnosticadas o se manifiesten en el **asegurado** a los 18 años de edad o posteriormente.

Los gastos cubiertos serán considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como gastos de hospitalización, cirugías o gastos de atención ambulatoria será con cobertura total, hasta el límite máximo especificado para esta cobertura indicado en la tabla de coberturas. El beneficio es retroactivo a cualquier período previo a la identificación de la condición actual.

6.2 Tratamiento contra el cáncer

La compañía cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo trasplante de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el tratamiento contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, cirugía reconstructiva, rehabilitación, consultas y medicamentos recetados de acuerdo al plan contratado.

La compañía no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

6.3 Trasplante de órganos

La compañía reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos médicos relacionados con el trasplante de órganos, incluyendo consultas con médicos o especialistas y tratamiento médico cuando el **asegurado** se encuentre internado en el hospital o como paciente ambulatorio, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada hasta el límite de la cobertura para trasplante de órganos establecida en las condiciones particulares de la póliza.

Asimismo, todos los procedimientos necesarios para la procuración de órganos en donantes cadavéricos o para la extracción del órgano en donantes vivos, y sus complicaciones, hasta el límite de la cobertura correspondiente para trasplante

Sólo estarán cubiertos bajo esta póliza los servicios para trasplante de los órganos que se indican a continuación:

- ▶ Córnea
- ▶ Intestino delgado
- ▶ Riñón
- ▶ Riñón/páncreas
- ▶ Hígado
- ▶ Corazón
- ▶ Pulmón
- ▶ Corazón/pulmón
- ▶ Médula ósea (no relacionado con cáncer)

6.3.1. Cobertura para gastos por donante de órgano

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al **asegurado titular** o **asegurado dependiente**, únicamente por los gastos elegibles en que haya incurrido por servicios cubiertos en la atención médica y hospitalaria necesaria durante el procedimiento quirúrgico de remoción, preservación y transporte del órgano o tejido previamente seleccionado de un donante vivo o fallecido, así como cualquier complicación del donante vivo, hasta por un máximo de treinta (30) días de post operación únicamente, para trasplantarlo a un **asegurado** hasta el límite máximo de responsabilidad que para esta cobertura se establece en las condiciones particulares de la póliza.

La cantidad de gastos que se reconozca como cubierta bajo esta cobertura será descontada del límite máximo de responsabilidad establecida por **la compañía** en la cobertura para trasplante de órganos. Esta cobertura incluye los servicios y materiales suministrados para el proceso de:

- ▶ La recolección del órgano ya sea de un donante vivo o muerto;
- ▶ Los gastos por compatibilidad de tejidos;
- ▶ Los gastos de hospital/operación del donante; y
- ▶ Cualquier complicación del donante, hasta por un máximo de treinta (30) días de post operación únicamente

Sujeto a la aprobación, condiciones, recomendaciones y procedimientos que indiquen los médicos asesores de **la compañía**.

6.4 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o del virus de inmunodeficiencia humano (VIH)

La compañía cubrirá la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (vih) y los gastos derivados de la infección de vih y sida, siempre y cuando los anticuerpos vih (seropositivos) o el virus del sida no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de carencia especificado en la tabla de coberturas de las condiciones particulares.

6.5 Cobertura para actividades y deportes peligrosos

La compañía cubrirá los costos relacionados con tratamientos por accidentes derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos. La cobertura se brinda por la práctica de la actividad o deporte de forma amateur.

La compañía se reserva el derecho de autorizar cobertura, si se confirma comportamiento negligente, imprudente o temerario por parte del **asegurado** en la práctica deportiva.

6.6 Cobertura para alzheimer

Confirme en las condiciones particulares de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los siguientes gastos relacionados con coberturas vitales para un paciente que ha sido diagnosticado con esta enfermedad hasta los sublímites definidos en las condiciones particulares:

- ▶ Medicamentos por receta coadyuvantes al tratamiento de alzheimer. No estarán cubiertos los medicamentos experimentales.
- ▶ Asesoría nutricional
- ▶ Cuidado asistencial: comprende asistencia para realizar actividades cotidianas tales como bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc. Y que son proporcionadas por personal técnico o de enfermería.
- ▶ Consejería familiar

6.7 Tratamiento de alergias

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio

La compañía cubrirá el tratamiento para las alergias, incluyendo medicamentos y pruebas de laboratorios cutáneas y de sangre siempre que sea medicamento necesario.

6.8 Apnea del sueño

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio

La compañía cubrirá el tratamiento por generación de presión positiva continua en la vía aérea o cpap por sus siglas en inglés (presión positiva continua en las vías respiratorias)) para tratamiento del síndrome de apnea-hipopnea del sueño incluyendo el reemplazo anual del equipo de cpap según lo indicado en las condiciones particulares de la póliza, siempre y cuando el tratamiento sea indicado por un especialista o facultativo de los desórdenes de sueño.

Asegurados con indicador de obesidad mórbida (índice de masa corporal-imc mayor a 40kg/m2) no podrán ser elegibles para la cobertura.

6.9 Botas ortopédicas

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los gastos derivados de la utilización de botas ortopédicas después de una lesión como una fractura, luxación o alguna otra que requiera de tener las extremidades inferiores inmovilizadas para permitir la recuperación de los diferentes tejidos, siempre y cuando sea medicamento necesario.

6.10 Cuidados de custodia o asistenciales para la tercera edad

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía pagará por los gastos generados por servicios de custodia o asistenciales para la tercera edad siempre que se cumplan los siguientes criterios prestacionales:

- ▶ El **asegurado** tenga más de sesenta y cinco (65) años de edad;
- ▶ El servicio sea proporcionado en el hogar o en el entorno de vida diario del **asegurado** por un enfermero(a) profesional calificado;
- ▶ Informe y/o certificado médico que demuestre incapacidad funcional y/o pluripatología por parte del **asegurado**
- ▶ El servicio haya sido aprobado por **la compañía** con anticipación

Los servicios de custodia o asistenciales para la tercera edad incluyen, pero no están limitados a asistencia personal y asistencia con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, usar el baño, entre otros.

6.11 Cobertura para rehabilitación y enfermería en casa

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio.

La compañía cubrirá los gastos de enfermería en casa para el **asegurado** después de su tratamiento en el hospital cubierto por esta póliza cuando:

- ▶ Sea prescrito por el médico del **asegurado**,
- ▶ Comience inmediatamente después de que el **asegurado** salga del hospital,
- ▶ Reduzca la duración de la estadía del **asegurado** en el hospital,
- ▶ Sea proporcionada por un(a) enfermero(a) profesional calificado(a) ante la autoridad nacional competente donde se reciba el tratamiento o servicio, y
- ▶ Sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidado asistencial).

Es necesario presentar evidencia actualizada a **la compañía** de la necesidad médica y el plan de tratamiento para obtener cada aprobación.

6.12 Rehabilitación multidisciplinaria

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio

La compañía pagará por la rehabilitación, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología, después de un acontecimiento como un infarto cerebral. **La compañía** pagará por rehabilitación únicamente cuando haya recibido autorización previa al inicio del tratamiento. **La compañía** sólo cubrirá los gastos por rehabilitación cuando:

- ▶ Sea considerada médicamente necesaria, después de revisar la información médica correspondiente, y
- ▶ Sea parte del tratamiento recibido para dicha condición cubierta bajo la póliza.

Para que **la compañía** pueda otorgar una autorización previa, el médico deberá proporcionar la información clínica completa del **asegurado**, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el **asegurado** se encuentra internado para recibir rehabilitación.

6.13 Tratamiento dental relacionado con accidentes

Este servicio cubre los gastos elegibles en que haya incurrido el **asegurado** por la atención médica y hospitalaria prestada en el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto por la póliza, sujeto a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables del país o región en que se brinde el tratamiento y al cumplimiento adicional de todos y cada uno de los siguientes puntos:

- ▶ Que los servicios se requieran a consecuencia de lesiones sufridas por el **asegurado** producto de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y que ésta se encontraba vigente al momento de sufrir dichas lesiones y que los gastos a consecuencia del accidente hayan sido pagados por la póliza. No aplica para accidentes o complicaciones derivados de una cirugía o procedimientos estéticos;
- ▶ Que estos servicios sean prestados por un odontólogo idóneo en el área geográfica donde se brinda la atención;
- ▶ Que el tratamiento que se brinda mediante estos servicios comience dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente y dentro de la vigencia de la póliza;
- ▶ Los servicios se brinden sólo durante el término del tratamiento establecido por el odontólogo tratante y pre-autorizado por **la compañía**;
- ▶ Después que el copago, el coaseguro, y el deducible hayan sido satisfecho, si los hay, de acuerdo con las condiciones generales y condiciones particulares de la póliza; y
- ▶ Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites máximos de la póliza.

6.14 Cobertura de aparatos auditivos y de visión

Cualquier tratamiento, procedimiento o servicio cubierto bajo este beneficio requerirá que el **asegurado** realice la coordinación del servicio con **la compañía** para recibir autorización previa,

En caso de que el **asegurado** no reciba la pre-autorización, ya sea que el producto contratado este sujeto a una red o cuente con libre elección de proveedores, este estará sujeto a un porcentaje de penalización, definido en las condiciones particulares de la póliza, aplicable a todos los gastos cubiertos relacionados con la reclamación en base a los costos usuales, razonables y acostumbrados (ura) de la zona geográfica en la que se prestó el servicio, además del deducible y coaseguro, de ser aplicables.

6.14.1. Examen ocular

La compañía cubrirá un examen de refracción cada año póliza, que incluye el costo de la consulta.

6.14.2. Aparatos auditivos

La compañía cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.

6.14.3. Anteojos y lentes de contacto

La compañía cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un especialista oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.

6.14.4. Cirugía refractiva

La compañía cubrirá los costos de la cirugía refractiva (excimer láser) incluyendo los procedimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento, atención hospitalaria y complicaciones que se deriven de la intervención, para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos:

- ▶ El **asegurado** titular o dependiente tendrá cobertura desde las 5.5 dioptrías en el ojo que está siendo tratado, y
- ▶ Si el tratamiento es realizado por un proveedor (médico, hospital o clínica) reconocido y acreditado.

No se aceptará como válida la sumatoria de las dioptrías de ambos ojos para recibir este beneficio.

La compañía únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. El valor máximo estipulado en las condiciones particulares y tabla de coberturas de la póliza aplica para ambos ojos y no para cada uno de manera independiente.

6.15 Cobertura dental

Cualquier tratamiento, procedimiento o servicio cubierto bajo este beneficio requerirá que el **asegurado** realice la coordinación del servicio con **la compañía** para recibir una pre-autorización a menos que lo contrario se especifique en las condiciones particulares de la póliza.

En caso de que el **asegurado** no reciba la pre-autorización, ya sea que el producto contratado este sujeto a una red o cuente con libre elección de proveedores, este estará sujeto a un porcentaje de penalización, definido en las condiciones particulares de la póliza, aplicable a todos los gastos cubiertos relacionados con la reclamación en base a los costos usuales, razonables y acostumbrados de la zona geográfica en la que se prestó el servicio, además del deducible y coaseguro, de ser aplicables.

a) tratamiento dental y procedimientos no estéticos

La compañía cubrirá los tratamientos descritos siempre y cuando sean médicamente necesarios (no estéticos), hasta el límite establecido en las condiciones particulares de la póliza:

- ▶ Examen oral
- ▶ Limpieza de rutina
- ▶ Radiografías simples (aletas de mordida)
- ▶ Empaste
- ▶ Tratamiento de conducto radicular
- ▶ Puente dental
- ▶ Reparaciones
- ▶ Coronas
- ▶ Extracciones
- ▶ Cirugía dental
- ▶ Radiografía panorámicas o radiografías de serie completa
- ▶ Dentaduras postizas

b) ortodoncia no estética

La compañía cubrirá los gastos de ortodoncia a **asegurados** de hasta los dieciocho (18) años:

- ▶ Consultas y revisiones mensuales
- ▶ Extracción de dientes de leche
- ▶ Planeación de tratamiento
- ▶ Modelos/impresiones de encías
- ▶ Extracciones
- ▶ Anestesia
- ▶ Radiografías simples/interproximales y periapicales/ rayos-x de raíces/boca completa/ortopantogramas (opg) y cefalometrías (ceph)
- ▶ Fotografía digital, y
- ▶ Aparatos ortopédicos de ortodoncia, frenillos de metal, retenedores de metal

7. Cobertura para otros beneficios

7.1 Reembolso por servicios funerarios

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio. En caso de fallecimiento del **asegurado** por una accidente o enfermedad cubierto por la presente póliza y superado el periodo de carencia, **la compañía** reembolsará a los beneficiarios del **asegurado** (los determinados como tales en la solicitud de seguro o los herederos legales), por servicios funerarios realizados únicamente en el ecuador, hasta el sublímite máximo establecido en las condiciones particulares de la póliza.

7.2 Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado titular

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio. En caso de fallecimiento del **asegurado titular** debido a un accidente, enfermedad o dolencia cubierto bajo esta póliza, **la compañía** otorgará cobertura a los **asegurados** dependientes cubiertos por el tiempo establecido en las condiciones particulares de la póliza, sin costo alguno. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge o conviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado.

La extensión de cobertura entrará en vigor a partir de la próxima fecha de vencimiento del pago o fecha de renovación de la póliza, la que ocurra primero, después del fallecimiento del **asegurado titular**. Si el dependiente que goza del beneficio de extensión de cobertura se ve excluido de dicho beneficio por las razones estipuladas anteriormente, él/ella podrá mantener su cobertura siempre y cuando pague la prima correspondiente y cumpla con las condiciones de elegibilidad estipuladas en la póliza.

Esta cobertura no será procedente si los beneficiarios del **asegurado titular** solicitan la devolución de la prima no devengada por fallecimiento, y dicha devolución es efectuada en los términos de las presentes condiciones generales.

7.3 Beneficio de segunda opinión médica

Confirme en las condiciones particulares o tabla de coberturas de la póliza si su plan contratado cuenta con este beneficio. Si un cirujano ha recomendado que el **asegurado** sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el **asegurado** tendrá la opción de solicitar una segunda opinión médica si así lo desea. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un médico seleccionado de común acuerdo entre el **asegurado** y **la compañía**. En caso de que la segunda opinión contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, **la compañía** también cubrirá el costo de una tercera opinión de un médico seleccionado de común acuerdo entre el **asegurado** y **la compañía**. Asimismo, esta cobertura contempla el servicio de segunda opinión médica para aquellos **asegurados** que padecen de alguna condición grave, compleja o crónica, que desean confirmar o reevaluar un diagnóstico o un tratamiento propuesto.

8. Condiciones preexistentes

Se considerará preexistente cualquier enfermedad, patología o condición de salud que haya sido conocida por el **asegurado titular** o el **asegurado dependiente** de su grupo **asegurado** elegible incorporado a la póliza, diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción de la póliza o a la incorporación de la o el **asegurado**. 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, por cada miembro de grupo **asegurado** elegible y por año póliza. **La compañía** negará la cobertura en casos de preexistencias no declaradas al tiempo de la contratación, cuando considerare que el **asegurado titular** o el **asegurado dependiente** 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.

9. 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 hasta el límite indicado en las condiciones particulares y tabla de coberturas de la póliza, acorde a lo señalado en la normativa vigente aplicable. 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. El límite máximo de cobertura para personas con discapacidad no duplicará el monto contemplado para preexistencias por año póliza.
- 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, el **asegurado** 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.

10. Prohibición 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:

- a) 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.
- b) Incapacidades provenientes del uso del alcohol, drogas o estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones producto de enfermedad mental de base orgánica. Se aclara que no se otorgará cobertura a enfermedades, lesiones, secuelas y complicaciones producto de actos tipificados como faltas a la ley, infracciones, contravenciones y/o delitos.
- c) Atención de emergencias para condiciones que sean consecuencias de intento de suicidio, producto de enfermedad mental de base orgánica.

11. Definiciones

Para todos los efectos de esta póliza, las palabras que a continuación se detallan tendrán el significado que aquí se establece. Excepto cuando se indique de otro modo en las condiciones particulares o endosos adheridos a la póliza:

11.1 Accidente

Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, y violenta que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes la ocurrencia del evento. En todo caso, no se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o dolencia. Aplican las exclusiones respectivas de la póliza.

11.2 Actividades y deportes peligrosos

Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), carreras de automóviles, motocross, motociclismo, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, ‘vale todo’, mma (artes marciales mixtas), esgrima , rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling, caminata de montaña (‘trekking’ o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel, cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o ‘skateboard’; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros; trapecio, equilibrista; halterofilia; esquí acuático o sobre nieve, ‘snowboard’ o ‘sandboard, la participación en cualquier deporte extremo, cualquier otro deporte o actividad no nombrado que presente un peligro real o aparente para la integridad física de quienes lo practican, incluso un riesgo vital.

11.3 Agente de seguros

Toda persona natural o jurídica nombrada por el **asegurado titular** para ser su asesor e intermediario de seguros, que cuenta con la respectiva calificación y registro vigente ante la autoridad de gobierno competente, y mantiene un contrato de agenciamiento con **la compañía**. Se clasifican de la siguiente forma:

- a) Agentes de seguros sin relación de dependencia;
- b) Agentes de seguros con relación de dependencia; y,
- c) Agencias asesoras productoras de seguros.

11.4 Ambulancia aérea

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

11.5 Ambulancia terrestre

Unidad móvil especializada para el transporte de emergencia del **asegurado** hacia un hospital, clínica o centro de tratamiento médico.

11.6 Año póliza

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

11.7 Apnea de sueño

La apnea del sueño es un trastorno del sueño que se caracteriza porque mientras se duerme se produce la interrupción de la respiración durante un mínimo de 10 segundos. Se trata de una enfermedad crónica en la que se producen más de 30 interrupciones de este tipo en una hora.

11.8 Asegurado

Son el **asegurado titular** y sus **asegurados** dependientes elegibles enunciados en las condiciones particulares de la póliza, siempre y cuando y mientras sean elegibles bajo los términos del plan de seguro y residan en el país por lo menos ciento ochenta y tres (183) días del año calendario.

Esta póliza no está disponible para ni puede ser emitida a personas que residen permanentemente en los estados unidos de américa sin importar el tipo de visa emitida al **asegurado** o su estado migratorio. Sin perjuicio de lo anterior, **la compañía** se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del **asegurado titular**, cancelación anticipada, o no renovación de la póliza, a discreción de **la compañía**, en caso de cambio de país de residencia o de nacionalidad.

Una vez hayan sido admitidos como **asegurados** bajo esta póliza, el límite de edad para continuar como tales para el **asegurado titular** o para el **asegurado dependiente** elegible, será el establecido en las condiciones particulares de la póliza.

- a) **Asegurado titular:** es la persona natural mayor de edad, quien suscribe la solicitud de seguro. Esta persona será responsable del manejo de la póliza, está obligada a cumplir los términos y condiciones de la misma, y está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
- b) **Asegurado dependiente** elegible: persona que figura como tal en las condiciones particulares de la póliza. Se consideran como **asegurados** dependientes elegibles el cónyuge elegible, o el o los hijos elegibles.
 - i) Cónyuge elegible: persona unida formalmente en matrimonio al **asegurado titular** de conformidad con la ley y mientras no se separen legalmente, o la persona que conviva bajo el régimen de unión de hecho con el **asegurado titular**.
 - ii) Hijo(s) elegible(s): el(los) hijo(s) natural(es) o por adopción del **asegurado titular** o su(s) hijastro(s), siempre y cuando no hayan alcanzado las edades máximas para ser **asegurado dependiente** estipuladas en estas condiciones generales de la póliza y sean solteros.

Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, se muda a otro país de residencia, o si el(la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el **asegurado titular** por razón de divorcio, anulación o terminación de la unión de hecho, o se muda a otro país de residencia, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha de renovación o del siguiente aniversario de la póliza

11.9 **Balón intragástrico**

La colocación del balón intragástrico es un procedimiento para la reducción del peso corporal que consiste en colocar un balón de silicona lleno de solución salina en el estómago del paciente. Esto ayuda a perder peso, al limitar la cantidad que el paciente puede comer y hace que se sienta lleno más rápido.

11.10 **Beneficiario**

La persona que recibe una prestación, goza de un beneficio o se beneficia de algo. Para los efectos de esta póliza, es la persona identificada por el **asegurado titular** en la solicitud de, el/los heredero/s lega/les o la/las designada/s por un tribunal competente, para recibir beneficios relacionados con esta póliza en caso de fallecimiento del **asegurado titular**.

11.11 **Botas ortopédicas**

Una bota ortopédica se trata de un dispositivo diseñado para inmovilizar la articulación tibio-tarsiana, tobillo, pie y pantorrilla después de una lesión como una fractura, luxación o alguna otra que requiera de tener las extremidades inferiores inmovilizadas para permitir la recuperación de los diferentes tejidos.

11.12 **Brca1 o brca2**

El brca1(cáncer de seno 1) y el brca2 (cáncer de seno 2) son genes que producen proteínas que reparan daños en el ácido desoxirribonucleico (adn). Cada persona hereda dos copias de cada uno de estos genes: una de la madre y una del padre. El brca1 y el brca2 a veces se conocen como genes supresores de tumores porque cuando tienen cambios específicos, llamados variantes (o mutaciones) dañinas (o patógenas), es posible que aparezca el cáncer. Las personas que heredan variantes dañinas en uno de estos genes tienen un aumento en el riesgo de varios tipos de cáncer, sobre todo del cáncer de seno (mama) y el cáncer de ovario.

11.13 **Cáncer.**

Se entiende por cáncer una neoplasia maligna comprobable médicamente que se presente en uno o más tejidos corporales o aparezca en el sistema linfático o sanguíneo. Debe ser una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado y el esparcimiento de células malignas, la invasión de tejidos o leucemia. La enfermedad debe ser diagnosticada por un médico graduado – especializado y legalmente autorizado en el área geográfica donde ejerce su práctica médica como profesión. El médico debe dar el diagnóstico de cáncer con base en un estudio clínico e histopatológico o especializado al efecto (ya sea biopsia o autopsia). Su dictamen se basará exclusivamente sobre los criterios de malignidad, después de un estudio del tumor, tejido o muestra sospechosa o de preparaciones del sistema sanguíneo.

11.14 **Cirugía bariátrica**

Es el conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la obesidad, buscando disminución del peso corporal y como alternativa al tratamiento con otros medios no quirúrgicos.

11.15 **Cirugía cosmética**

Cualquier procedimiento quirúrgico efectuado exclusivamente para mejorar la apariencia física o para tratar un desorden mental o nervioso producido por la presencia de secuelas causadas por accidentes o cirugías por malignidad.

11.16 **Cirugía profiláctica para reducción de riesgo de cáncer**

La cirugía preventiva o profiláctica se usa para extraer tejido corporal que tiene probabilidades de convertirse en cáncer, aun cuando no haya signos de cáncer al momento de la operación. A veces se extrae un órgano por completo cuando una persona tiene una afección que le pone en riesgo muy alto de padecer cáncer en ese órgano. La cirugía se realiza para reducir el riesgo de cáncer y ayudar a evitar la probabilidad de cáncer, pero no garantiza la prevención del cáncer.

11.17 **Cirugía reconstructiva**

Cualquier procedimiento quirúrgico efectuado primordialmente para restaurar una formación corporal que se ve lesionada como consecuencia de un accidente o de una cirugía para tratamiento de una enfermedad por malignidad.

11.18 **Coaseguro**

El coaseguro es el porcentaje de los gastos médicos elegibles que el **asegurado** debe pagar, después de satisfacer/cubrir el deducible, por los beneficios indicados en las condiciones particulares de la póliza, dentro y/o fuera del país de residencia y teniendo en consideración los límites máximos de los beneficios.

11.19 **Coaseguro maximo (stop loss)**

El coaseguro máximo es la suma total de dinero por concepto de coaseguro que el **asegurado** debe pagar anualmente además del deducible, antes de que **la compañía** pueda pagar los beneficios al 100%. El coaseguro máximo o “stop loss” se alcanza cuando el **asegurado** ha pagado, el deducible y ha alcanzado el monto máximo anual por concepto de coaseguro que se indica en la tabla de coberturas de la póliza.

11.20 **Cobertura o beneficio**

Forma en que **la compañía** asume el riesgo de pérdida económica (gasto) en que incurra el **asegurado** o el **asegurado dependiente** por servicios de atención médica u hospitalaria que haya recibido el **asegurado**, reembolsándole en dinero por dicha pérdida o gasto, o haciéndose cargo del valor de dichos servicios cuando mantenga convenios con proveedores de servicios médicos u hospitalarios para ser utilizados por los **asegurados** y al ser efectivamente recibidos por ellos, todo lo anterior de acuerdo y sujeto a los términos y condiciones estipuladas en la condiciones generales y particulares de la póliza.

11.21 **Códigos CPT**

Current procedural terminology (cpt) o en español, terminología procedimental actual es una lista de términos descriptivos y códigos de identificación para informar de manera estandarizada los procedimientos realizados por los profesionales de salud proporcionando un lenguaje uniforme para la descripción precisa de los servicios médicos y quirúrgicos.

11.22 **Complicación**

Condición que sobreviene en el curso evolutivo de una enfermedad o lesión accidental y que altera el pronóstico al dificultar o impedir su curación o control médico.

- 11.23 **Complicación del embarazo**

Cualquier condición o enfermedad o lesión que sobreviene durante el curso de un embarazo y que dificulta su normal evolución o término; o que sobreviene durante el curso del alumbramiento-ya sea natural o por cesárea, o como consecuencia del mismo; o que sobreviene durante el curso de cualquier procedimiento o tratamiento al que es sometida la asegurada durante el curso del embarazo o del alumbramiento, ya sea natural o por cesárea, o a consecuencia de cualquiera de dichos procedimientos o tratamientos; en todos los casos, independientemente de que la condición, enfermedad o lesión tenga o no relación directa con el embarazo, el alumbramiento, o con cualquiera de los procedimientos o tratamientos a los que sea sometida la asegurada con motivo de los mismos. Entre algunas complicaciones del embarazo podemos citar sin limitar a: embarazo extrauterino, amenaza de parto pretérmino, amenaza de aborto o placenta previa.
- 11.24 **Complicaciones del recién nacido durante el parto**

Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.
- 11.25 **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.
- 11.26 **Condición preexistente**

Se considerará preexistente cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por la o el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o **asegurado** y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o a la incorporación de la o el beneficiario.
- 11.27 **Congelación de óvulos**

También llamada crio preservación de ovocitos maduros, es un método para conservar el potencial reproductivo de las mujeres para el futuro
- 11.28 **Contratante**

Persona natural o jurídica que es la contraparte de **la compañía** en el contrato o póliza de seguro, y está obligada a cumplir los términos y condiciones de la misma y a pagar las primas en la forma y monto convenidos en las condiciones particulares de la póliza.
- 11.29 **Contrato o póliza**

Es el documento suscrito con una entidad de seguros en el que se establecen las normas que han de regular la relación contractual de aseguramiento entre ambas partes (**la compañía** y el **asegurado titular**), especificándose sus derechos y obligaciones respectivos, bajo el cual **la compañía** se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al **asegurado titular** por gastos relacionados con los beneficios cubiertos que incurra.
- 11.30 **Conviviente**

Las parejas no casadas ni declaradas unidas legalmente, quienes mantienen una relación familiar estable y comparten una vida en común. Deben cumplir las siguientes condiciones: ser ambos mayores de dieciocho (18) años de edad y compartir la misma vivienda al menos por doce (12) meses consecutivos todo lo cual deberá demostrarse fehacientemente a satisfacción de **la compañía**.
- 11.31 **Copago**

Monto de los gastos cubiertos que todo **asegurado** debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos al momento de recibir la atención médica.
- 11.32 **Cuidado asistencial**

Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, para bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) Que debe ser proporcionada por un técnico de la salud o asistente de enfermería.
- 11.33 **Cuidado a largo plazo:**

Es un tipo de servicio que se brinda a personas que debido a una enfermedad, discapacidad o impedimento físico y/o cognitivo, requiere de asistencia de un profesional de la salud con el objetivo de mantener la calidad de vida de la persona, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante o el especialista
- 11.34 **Cuidados intensivos**

Los cuidados intensivos incluyen unidad de alta dependencia: unidad que provee un nivel de tratamiento y monitoreo médico superior; por ejemplo, en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de tratamiento intensivo/unidad de cuidados intermedios (uti/uci): una unidad que provee cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración mecánica; unidad coronaria: una unidad que provee cuidados cardíacos del más alto nivel; unidad de cuidados neonatales: una unidad que provee cuidados para los recién nacidos.
- 11.35 **Cuidados paliativos**

Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Representan un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.
- 11.36 **Crisis de ansiedad (incluye ataques de pánico)**

La crisis de ansiedad o trastornos de ansiedad (se incluyen los ataques de pánico como forma extrema de esta condición) se pueden definir como la aparición brusca de un sentimiento de aprensión, inquietud, incertidumbre o miedo intenso por un período definido, breve o repetitivo acompañado de síntomas somáticos y/o cognitivos. Es un diagnóstico clínico tratado por un médico mediante fármacos y terapias.
- 11.37 **Crisis psicótica**

Son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Según los criterios establecidos por dsm-5 (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación americana de psiquiatría) se caracterizan por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes (son falsas creencias, ejemplo, que alguien va en su contra), alucinaciones(son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe) lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia).
- 11.38 **Deducible**

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

- 11.39

Deporte amateur

El deporte aficionado o amateur es aquel en donde los participantes compiten sin remuneración o lucro, por motivos de ocio y recreación. **La compañía** se reserva el derecho de autorizar cobertura, si se confirma comportamiento negligente, imprudente o temerario por parte del **asegurado** en la práctica deportiva.
- 11.40

Deporte profesional o por compensación

El deporte profesional o por compensación es una práctica deportiva voluntaria que realizan los deportistas, ya sea por cuenta propia o dentro de la organización o dirección de un club, liga, entidad deportiva o similar, mediante una relación establecida de carácter regular y recibiendo o con la intención de recibir a cambio, una retribución derivada de esta práctica deportiva en forma de salario, patrocinio u otro tipo de financiamiento o retribución, e incluyendo los respectivos entrenamientos aun cuando no se reciba compensación por ello.
- 11.41

Desembolso maximo (out of pocket maximum)

El desembolso máximo es el monto máximo que el **asegurado** debe pagar por los gastos médicos cubiertos en un año póliza. Este monto incluye el deducible, coaseguro y copago.
- 11.42

Desorden mental o nervioso

Es un estado o condición derivada o causada por un trastorno mental, emocional o de conducta. Desorden mental o nervioso no incluye abusos de sustancias de cualquier clase, incluyendo, pero sin limitarlo, al abuso de alcohol, drogas psicotrópicas, enervantes, alucinantes y demás, de uso prohibido o controlado. Tampoco incluye enfermedades de origen psicológico.
- 11.43

Diálisis

Procedimiento o terapia de reemplazo de la función renal de manera artificial debido a un fallo de la función de ambos riñones como órgano. Este procedimiento permite eliminar las sustancias tóxicas que de manera natural elimina el riñón sano.
- 11.44

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).
- 11.45

Embarazo cubierto

Es aquel para el cual la póliza proporciona cobertura de embarazo y cuya fecha de inicio debe ser dentro de la vigencia de la póliza y posterior al periodo de carencia específico para esta cobertura, determinado en la póliza. Este período de carencia específico será aplicado independientemente de si el período de carencia general para la cobertura bajo esta póliza ha sido exonerado.
- 11.46

Embarazo no cubierto

Es aquel cuya concepción se ha producido antes del inicio de vigencia de la póliza o dentro del periodo de carencia específico para la cobertura de embarazo determinado en la póliza.
- 11.47

Emergencia

Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, corresponde a triaje 1 y 2 en la escala de manchester.
- 11.48

Endoso y/o anexo

Documento que forma parte integrante de la póliza, mediante el cual **la compañía**, hace constar cualquier modificación, aclaración, ampliación o variación de las condiciones particulares en Beneficio del **asegurado** y que registrá a partir de la fecha estipulada en el mismo.
- 11.49

Enfermero(a)

Profesional certificado por el órgano competente para prestar cuidados de enfermería en la región, país o localidad donde se ofrece el tratamiento.
- 11.50

Enfermedad.

Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.
- 11.51

Enfermedad catastrófica

Es aquella que cumple las siguientes características:
 - ▶ que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
 - ▶ que sea una enfermedad crónica y, por lo tanto, que su atención no sea emergente; y,
 - ▶ que por ser de carácter prolongado o permanente su tratamiento pueda ser programado y que sea considerada como catastrófica por la autoridad sanitaria nacional.
- 11.52

Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.
- 11.53

Enfermedades genéticas.

Una enfermedad genética es un trastorno que se origina debido a una alteración en un gen.
- 11.54

Enfermedades raras.

Las enfermedades de baja prevalencia o raras, como indica su nombre se presentan con baja frecuencia en la población (1 por cada 10.000 habitantes) pueden ser de alta complejidad, difícil diagnóstico, crónicas e incapacitantes, serán definidas por la autoridad sanitaria nacional.
- 11.55

Enfermedad sobrevenida.

Cualquier enfermedad, patología o condición de salud no conocida por el beneficiario y diagnosticada durante la vigencia del contrato. Patología que se detecte posterior a la suscripción del contrato y que no sea consecuencia o complicación de una enfermedad preexistente.
- 11.56

Equipo médico durable (emd)

El equipo médico durable (emd) es equipo médicamente necesario que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o enfermedades no podría realizar. El emd debe cumplir con las siguientes características:
 - ▶ Ser ordenado por un médico,
 - ▶ Ser resistente al uso prolongado,
 - ▶ Ser usado para un propósito médico y
 - ▶ Ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.**La compañía** es la responsable de evaluar y aprobar el equipo médico durable acorde a las características descritas.

- 11.57

Especialista

Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un médico o doctor general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un médico o doctor que esté certificado por el órgano competente para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el tratamiento sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del tratamiento de la lesión enfermedad o dolencia que sea tratado. Por “escuela médica reconocida” se entiende una escuela médica que esté listada en el directorio mundial de escuelas médicas, publicado por la organización mundial de la salud.
- 11.58

Estado vegetativo persistente

Un estado de pérdida de conciencia profundo, sin signos de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por cuatro (4) semanas sin signos de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.
- 11.59

Evacuación médica

Viaje de traslado del **asegurado** al lugar más cercano en donde pueda recibir tratamiento médico apropiado, cuando el tratamiento médico que necesita no está disponible en el lugar donde el **asegurado** se encuentra.
- 11.60

Exámenes de diagnóstico

Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los síntomas de un paciente.
- 11.61

Evento

Hecho que puede ocurrir y que resulta en una o más lesiones corporales, o una o más enfermedades, por el cual, el **asegurado** solicite en un momento dado atención médica. Todas las lesiones corporales sufridas al mismo tiempo y debido al mismo hecho se considerarán en conjunto para formar parte de un solo evento. Todas las enfermedades y/o lesiones corporales que existan simultáneamente y que en un momento dado cualquiera de ellas lleve al **asegurado** a buscar atención médica, sean o no debido a causas relacionadas, se considerarán en conjunto para formar parte de un solo evento. Si un evento actual es causado por las mismas condiciones o condiciones relacionadas con la causa que derivó en un evento anterior (incluyendo cualquier complicación), el evento actual se considerará una continuación del evento anterior y no un evento distinto, salvo que medie un lapso de más de treinta (30) días calendarios entre un evento y el siguiente. Para efectos de la eliminación del deducible por accidente notificado a **la compañía**, este se eliminará por el evento del accidente cubierto y los eventos posteriores directamente relacionados con el accidente dentro del año póliza en que ocurrió el mismo.
- 11.62

Examen de salud general (chequeo médico preventivo)

El examen de salud general o chequeo médico preventivo es un examen integral, usualmente anual, y que consiste en la realización de exámenes y/o la aplicación de cuestionarios para detectar precozmente aquellas enfermedades prevenibles o controlables y reducir el riesgo asociadas a ellas. El examen de salud general no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.
- 11.63

Eutanasia o muerte asistida

Es el procedimiento que a petición de parte o por un representante en caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad es realizado por un médico para poner fin a la vida de quien padece sufrimiento insoportable proveniente de una lesión corporal grave e irreversible o una enfermedad grave e incurable.
- 11.64

Fecha efectiva de la póliza

Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza, y que se establece en las condiciones particulares.
- 11.65

Fisioterapia y servicios de rehabilitación

Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado en la región, país o localidad donde se brinde el tratamiento, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía seria, o para tratamiento del dolor, para alcanzar y mantener normal su función física, sensorial e intelectual. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional y otros.
- 11.66

Fonoaudiólogo

Profesional calificado que trata los trastornos de la comunicación, mejorando la calidad de vida de personas con trastornos del habla, del lenguaje y del tragar, en etapas distintas, desde la niñez hasta la edad adulta. Debe estar debidamente entrenado y legalmente calificado para proporcionar terapia relacionada con enfermedades o dolencias del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el tratamiento.
- 11.67

Gastos elegibles

Los honorarios y cargos por tratamientos cubiertos que **la compañía** pagará tal como se ha especificado en las condiciones particulares de la póliza, pagadero por servicios y suministros considerados médicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de lesiones accidentales y enfermedades que estén basados en los cargos usuales, acostumbrados y razonables del área geográfica donde se dé la atención médico-hospitalaria, y que están sujetos a cualquier deducible o coaseguro correspondiente. Gastos en exceso de dichos cargos no estarán cubiertos.
- 11.68

Habitación privada

La habitación estándar de un hospital, clínica o sanatorio equipada para alojar a un solo paciente.
- 11.69

Habitación semi-privada

La habitación estándar de un hospital, clínica o sanatorio equipada para alojar a más de un paciente.
- 11.70

Hijastro

Niño nacido de o adoptado por el(la) cónyuge o conviviente legal del **asegurado titular** y que no ha sido adoptado legalmente por el **asegurado titular**.
- 11.71

Hospital, clínica o sanatorio

Significa cualquiera de los siguientes lugares:

a)

Un lugar con licencia o reconocido como hospital general por las autoridades respectivas adecuadas del área en la cual está localizado.

b)

Un lugar que es operado para el cuidado y tratamiento de pacientes hospitalizados; cuenta con enfermeras graduadas, tituladas y calificadas (e.g.t.) siempre en servicio, tiene un laboratorio y equipo de rayos x, y tiene un lugar donde se efectúan operaciones quirúrgicas mayores. Un hospital no incluye un hospital o institución o parte de un hospital o instituciones licenciadas o utilizadas principalmente como una clínica, unidad de cuidado continuo o extendido, centro de cuidado y tratamiento especializado, casa de convalecencia, casa de reposo, asilo u hogar para ancianos, o un centro de desintoxicación para adictos a drogas o alcohólicos.

11.72

Hospitalización o reclusión

Es el ingreso de un paciente, ordenado por un médico especialista, a una habitación de una institución hospitalaria para fines diagnósticos o terapéuticos durante al menos una noche (un periodo no menor a veintitrés (23) horas consecutivas). Para efectos de esta definición se entenderá que una hospitalización da comienzo cuando el médico especialista tratante consigna en el expediente médico del hospital la orden de ingreso del paciente a la habitación y termina cuando consigna en el expediente médico la orden
- Código contrato de aprobación ACESS: 012-SI-023
- 20

de salida del paciente de dicha institución. En el evento de que el paciente decida salir por su cuenta, para efectos de este contrato la hospitalización continúa si el mismo entra en otra institución en un periodo no mayor a 72 horas. La severidad de la enfermedad o dolencia también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

11.73 Lesión(es)

Significa daños o detrimento corporal(es) accidental(es), la (los) cual(es) requiere(n) tratamiento por un médico. Esta(s) debe(n) ser el resultado de pérdida, independientemente de enfermedades, y otras causas.

11.74 Mantenimiento artificial de la vida

Los tratamientos para el mantenimiento artificial de la vida reemplazan o apoyan las funciones de un cuerpo enfermo o herido. Cuando el paciente tiene una condición tratable, el tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida (incluyendo intubación y ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado) se usa temporalmente hasta que su condición pueda estabilizarse y el cuerpo pueda recuperar su función normal. Algunas veces, el cuerpo nunca recupera la habilidad de funcionar con el tratamiento para mantenimiento artificial de la vida. En esos casos, es la condición subyacente, no el acto de discontinuar el tratamiento, lo que produce la muerte.

11.75 Mastectomía profiláctica

Una mastectomía es una cirugía para extirpar todo el tejido mamario de una mama con el objetivo de prevenir el desarrollo de cáncer de mama, principalmente en mujeres con antecedente familiar de cáncer de mama o con mutaciones en los genes brca1 o brca2, que aumentan el riesgo de cáncer en las mamas.

11.76 Medicamento necesario

El tratamiento, servicio o suministro médico prescrito por el médico tratante y determinado por **la compañía** como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una lesión, enfermedad o dolencia. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

- a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el **asegurado**, la familia del **asegurado** o el proveedor del servicio (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite);
- b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del **asegurado**;
- c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado;
- d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (colegio de médicos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.), o
- e) Que está relacionado con el cuidado asistencial.

11.77 Medicamentos por receta

Es toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra, y cuya venta y uso están legalmente limitados a la prescripción de un médico. Todo medicamento prescrito y establecido en la tabla de coberturas obedece a las regulaciones de la póliza. Queda como facultad de **la compañía** aplicar protocolos de terapias escalonada o step therapy para la aprobación de medicamentos prescritos.

11.78 Medicamentos de marca/ de casa comercial

Son medicamentos que hacen referencia al nombre comercial o registro de marca, definido como el nombre registrado de un producto.

11.79 Medicamentos genéricos

Son medicamentos vendidos bajo la denominación del principio activo en igual composición y fórmula farmacéutica que su equivalente de marca.

11.80 Medicamentos de alto costo

Son medicamentos con mecanismos de acción especial, diseñados para tratar condiciones médicas de alta complejidad y cronicidad, cuyo costo total mensual supera el monto estipulado en las condiciones particulares de la póliza, y el seguimiento se hace bajo estricta supervisión de un especialista. **La compañía** evaluará la cobertura del medicamento o del componente activo en cualquiera de sus presentaciones disponibles, genéricas o de casa comercial.

11.81 Medicina alternativa o ancestral

La medicina alternativa o ancestral es un campo que explora la capacidadcurativa de varios tipos de técnicas y culturas medicinales alternativas, a menudo con énfasis en el uso de métodos alternativos o no tradicionales para tratar enfermedades. Para propósito de la presente póliza, se considerarán gastos cubiertos por medicina alternativa o ancestral los tratamientos de:

- ▶ Naturopatía: método curativo de enfermedades humanas mediante el uso de productos naturales.
- ▶ Homeopatía: práctica que consiste en administrar a alguien, en dosis mínimas, las mismas sustancias que, en mayores cantidades, producirían supuestamente en la persona sana síntomas iguales o parecidos a los que se trata de combatir.
- ▶ Medicina tradicional china (mtc): es una práctica médica alternativa derivada de las prácticas médicas tradicionales de la antigua china a las cuales se integraron aspectos de la medicina occidental. La mtc incorpora, pero no limitadas a las hierbas medicinales y remedios herbales, acupuntura, ventosas, masajes, ejercicio y terapia dietética.

11.82 Médico o doctor

Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. Tal persona debe proveer servicios únicamente dentro del alcance de su licencia. El término médico o doctor también incluirá a personas debidamente certificadas para la práctica de la odontología

11.83 Médula ósea

Significa el tejido blando que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

11.84 Método apollo

Procedimiento endoscópico que consiste en aplicar una serie de puntos de sutura en el interior del estómago para reducir su tamaño y modificar su morfología a modo de un tubo o manga gástrica.

11.85 Método pose

El método pose (primary obesity surgery endoluminal) es un procedimiento endoscópico restrictivo y definitivo, que consiste en realizar 12 pliegues gástricos y suturarlos o plicarlos para reducir el tamaño del estómago en un 20-30%.

11.86 Notificación

Comunicación obligatoria por parte del **asegurado** donde informa y notifica a **la compañía** sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del **asegurado** en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales oficiales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.

11.87 Nutricionista

Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y estar legalmente calificado para realizar sus prácticas por las autoridades competentedel país en donde se esté recibiendo el tratamiento.

- 11.88

Operación quirúrgica

Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.
- 11.89

Ooforectomía profiláctica

Una ooforectomía profiláctica es un procedimiento quirúrgico para extirpar un ovario o ambos que se realiza con el objetivo de prevenir el desarrollo de cáncer de ovario, principalmente en mujeres con antecedente familiar de cáncer de ovario o con mutaciones en los genes brca1 o brca2, que aumentan el riesgo de cáncer en los ovarios y en las mamas.
- 11.90

Período de carencia o de espera

Es el periodo comprendido que debe transcurrir desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza para que el **asegurado** pueda hacer uso de las coberturas de esta. Los periodos de carencia pueden ser generales o específicos para determinadas coberturas:

a)

Período de carencia o espera general

Es el período de tiempo especificado en las condiciones generales y particulares de la póliza, durante el cual el **asegurado** no contará con ningún beneficio de la póliza, excepto en los casos de emergencias por un accidente que ocurra dentro de este período, o de enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.

b)

Período de carencia o espera específico

Es el periodo de tiempo especificado en las condiciones generales y particulares de la póliza para ciertos beneficios, durante el cual el **asegurado** no contará con cobertura. Los periodos de carencia o espera específicos no se eliminan, ni se exoneran en ninguna circunstancia.

11.91

Período de gracia

Es el período de treinta (30) días calendario contados desde la fecha en que debió realizar el último pago de la póliza, durante el cual **la compañía** no suspenderá la cobertura.

11.92

Preexistencia:

Se considerará preexistente cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por la o el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o **asegurado** y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación de la o el beneficiario”, “enfermedad catastrófica: que implique un alto riesgo para la vida de la persona; que sea una enfermedad crónica y, por lo tanto, que su atención no sea emergente; y, que por ser de carácter prolongado o permanente su tratamiento pueda ser programado y que sea considerada como catastrófica por la autoridad sanitaria nacional

11.93

Preservación de células madre

Proceso que recolecta de la sangre del cordón umbilical del recién nacido y la placenta de la madre las células necesarias para ser almacenadas y usadas para futuras terapias que ayudan a la prevención de futuras enfermedades.

11.94

Procedimientos de diagnóstico

Procedimientos y pruebas diagnósticas médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (pet).

11.95

Prótesis interna

Pieza o aparato artificial que sustituye las funciones de un órgano, huesos o una parte de los mismos y que se aplica mediante cirugía al organismo del **asegurado**

11.96

Prueba clínica registrada

Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov, www.isrctn.org o www.ukctg.nihr.ac.uk.)

11.97

psicoprofilaxis de parto

Conjunto de técnicas relacionadas al manejo adecuado durante la etapa de embarazo, las cuales incluyen: manejo de dolor, ansiedad, apoyo emocional, técnicas de respiración, cómo tratar al recién nacido, cuidados postparto, alimentación sana, etc., creando así un entorno seguro, acogedor y de apoyo tanto para la madre como para el bebé.

11.98

Psiquiatra, psicólogo y psicoterapeuta

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

11.99

Quinesiólogo

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

11.100

Reasignación de sexo

La cirugía de reasignación de sexo (crs), es la cirugía que consiste en solventar la necesidad física en aquellas personas que no se identifican con el sexo de nacimiento. Es un proceso complejo compuesto por varias etapas de asistencia sanitaria entre las que se incluyen: la atención psicológica, el proceso de preparación con terapia hormonal de sustitución, la valoración preoperatoria, la cirugía de reasignación de sexo y las cirugías estéticas feminizantes o masculinizantes posteriores según sea el caso. Requiere de un seguimiento integral por un equipo multidisciplinar para la aceptación de su nuevo género.

11.101

Recién nacido

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

11.102

Receptor de organos

La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido cubierto bajo esta póliza.

11.103

Red de proveedores

Hospitales, clínicas, médicos o doctores, laboratorios y demás proveedores de servicios médicos con los que **la compañía** tiene convenios

a)

La red de proveedores está disponible en la página web de **la compañía** y está sujeta a cambio sin previo aviso.

b)

Para asegurar que el proveedor se encuentre dentro de la red de proveedores, todo tratamiento, excepto emergencias, deberán ser coordinado por **la compañía**.

c)

En los casos en los que la red de proveedores no esté especificada, no existirá restricción sobre los proveedores que el **asegurado** podrá utilizar en los países o regiones detallados en las condiciones particulares de la póliza.

d)

Esta lista podrá ser modificada a decisión de **la compañía** en el momento en que lo considere necesario y el **asegurado** tendrá acceso a la información actualizada cuando así lo requiera.

11.104

Rehabilitación (rehabilitación multidisciplinaria)

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

Código contrato de aprobación ACCESS: 012-SI-023

22

- 11.105 Renovación
- Acto mediante el cual, se extiende la cobertura del seguro a un nuevo periodo (un año), por acuerdo expreso o tácito entre las partes.
- 11.106 Repatriación médica
- Le ofrece al **asegurado** la opción adicional de volver a su país de residencia o al país de nacionalidad especificado en la solicitud de seguro, para ser tratado en un entorno familiar, cuando el tratamiento que necesita no está disponible en el lugar donde se encuentra.
- 11.107 Segunda opinión
- Es la opinión médica emitida por un profesional especializado de la medicina sobre un diagnóstico, procedimiento quirúrgico o médico recomendado o, que le serán realizados al paciente por su médico tratante. Su propósito es determinar la concordancia con la opinión original del médico tratante y determinar si ediagnóstico está correctamente indicado, si el tratamiento médico resolverá o controlará el padecimiento y si la cirugía curará la condición médica.
- 11.108 Síntoma
- Referencia que da un **asegurado** al médico o doctor tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.
- 11.109 Siniestro
- Es la realización del evento incierto previsto en la póliza, que da derecho al pago de la suma asegurada correspondiente de acuerdo con los límites de las coberturas contratadas y pagadas.
- 11.110 Solicitud de seguro
- Declaración escrita por el **asegurado titular** en un formulario proporcionado por **la compañía**, con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por **la compañía** para determinar la aceptación o limitación del riesgo. La solicitud de seguro incluye cualquier, historial médico, cuestionarios, exámenes y certificados médicos que pudiesen ser solicitados por **la compañía**, antes de la emisión de la póliza.
- 11.111 Tabla de coberturas o beneficios
- Listado que forma parte integral de la póliza que incluye las coberturas y beneficios cubiertos y los límites máximos que serán pagados una vez que superen el deducible anual aplicable detallado en las condiciones particulares.
- 11.112 Tamizaje neonatal
- El tamizaje neonatal es un proceso de detección temprana de ciertas enfermedades o condiciones en los recién nacidos. Consiste en realizar pruebas específicas, generalmente a través de una muestra de sangre del bebé, para identificar enfermedades genéticas, metabólicas y endocrinas, no limitadas a hiperfenilalaninemias, hipotiroidismo congénito, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, hemoglobinopatías, deficiencia de biotinidasa, enfermedad de jarabe de arce, homocistinuria, fibrosis quística, defectos de la beta-oxidación de ácidos grasos de cadena media, tirosinemia; que pueden no ser evidentes al nacer pero que podrían tener consecuencias graves si no se tratan de manera oportuna.
- 11.113 Tarifario:
- Es el instrumento técnico que permite establecer el monto de pago máximo para cada uno de los procedimientos médicos realizados en la atención de salud. Este instrumento permite calcular el valor económico financiado aplicando un factor de conversión al nivel de producto y de acuerdo al nivel del prestador.
- 11.114 Técnico de la salud o asistente de enfermería
- Los técnicos de la salud o asistentes de enfermería generalmente realizan trabajos de preparación para un(a) enfermero(a), como tomar la temperatura y la presión arterial del paciente. También ayudan al paciente a alimentarse, asearse y vestirse, realizando tareas de soporte para pacientes que no necesitan atención médica constante, pero requieren de cuidado asistencial para realizar ciertas actividades de la vida diaria.
- 11.115 Terapeuta (terapeuta ocupacional)
- Un terapeuta ocupacional, fisioterapeuta u ortopedista legalmente calificado para practicar como tal en el país en donde el **asegurado** esté recibiendo el tratamiento.
- 11.116 Terapeuta complementario
- Profesional como un acupunturista, reflexólogo, naturópata, o practicante de medicina tradicional china (mtc) que esté entrenado adecuadamente, esté legalmente calificado y que cuente con licencia para realizar su práctica por la autoridad competente en el país en donde se recibe el tratamiento.
- 11.117 Terapias escalonada o step therapy
- Protocolo de prescripción de medicamentos basados en los estándares de la práctica médica, que establece diferentes niveles o líneas de tratamientos basado en eficacia y eficiencia.
- 11.118 Test genético cáncer de próstata
- Este test genético cáncer de próstata permite analizar todos los genes que, hasta el día de hoy, se han descrito que tienen relación con la aparición del cáncer de próstata. Algunas mutaciones genéticas pueden ser transmitidas de forma hereditaria, y se encuentran en todas las células del cuerpo. La realización del test permite tomar medidas para prevenir el desarrollo de este tipo de cáncer.
- 11.119 Test genético cáncer de colon
- Este test genético cáncer de colon permite analizar determinados genes que suponen un incremento del riesgo a padecer cáncer gastrointestinal hereditario (principalmente cáncer de estómago, intestino, colon y recto), respecto a la población general. La realización del test en personas asintomáticas permite tomar medidas para prevenir el desarrollo de este tipo de cáncer.
- 11.120 Trasplante
- Procedimiento mediante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) 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.
- 11.121 Tratamiento
- Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como exámenes de diagnóstico, de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una lesión, enfermedad o dolencia con el objeto de que el **asegurado** recupere, restablezca o conserve su estado de salud.
- 11.122 Tratamiento ambulatorio
- 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.
- 11.123 Tratamiento de emergencia
- Atención o servicios médicamente necesarios debido a una condición que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del **asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

11.124 Tratamiento dental de emergencia

Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.

11.125 Tratamiento en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia

Son los tratamientos recibidos en centros clasificados de atención de urgencias (urgent care) en los estados unidos de américa. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean urgent care, no serán cubiertos bajo este beneficio.

11.126 Tratamiento experimental

Significa un tratamiento, procedimiento, medicina, dispositivo médico, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización):

- ▶ Que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.
- ▶ Que no se adhiere a las pautas de práctica estándar de la institución de salud gubernamental donde se esté llevando el tratamiento.
- ▶ Que se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la institución de gubernamental de salud donde se esté llevando el tratamiento a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de otras entidades gubernamental, estatales, federales o académicas competentes reconocidas por **la compañía**.

11.127 Tratamiento hospitalario

El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semiprivadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el **asegurado** que ha sido hospitalizado. 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.

11.128 Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico

Tratamiento de una enfermedad o dolencia mental, incluyendo desórdenes alimenticios

11.129 Tratamiento quirúrgico para control de la obesidad

Conjunto de técnicas avanzadas y especializadas en la reducción del peso corporal de forma segura y controlada.

11.130 Usual, razonable y acostumbrado (ura)

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.

11.131 Urgencia

Es todo estado patológico de rápida instauración o por accidente fortuito que no pone en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que genera la necesidad imperiosa de recibir o brindar atención de salud, corresponde a triaje 3 y 4 en la escala de manchester.

12. Exclusiones y limitaciones generales de la poliza.

Este listado es enunciativo, más no limitativo, de aquellas pérdidas, gastos, cargos o costos por servicios médicos u hospitalarios y bienes y suministros médicos por los que **la compañía**, salvo que en las condiciones particulares de la póliza se estipule otra cosa, no reconocerá cobertura ni pagará suma alguna bajo la misma, aun cuando hayan sido recibidos por un **asegurado**, y que se detallan a continuación:

12.1 Por coberturas, servicios o rubros de servicios, bienes y suministros:

Que no esten expresamente especificados como cubiertos en las condiciones particulares, y los excesos sobre los límites establecidos en dichas condiciones, no importando que sean elegibles y médicamente necesarios o recomendados por un médico.

12.2 Aborto:

La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.

12.3 Actividades o deportes peligrosos:

tratamiento por cualquier accidente, lesión o enfermedad que resulte de la participación en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional.

12.4 Actos negligentes

las afectaciones del estado de salud del **asegurado** a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del **asegurado** de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.

12.5 Admisión electiva al hospital, clínica o sanatorio

la admisión electiva en un hospital, clínica o sanatorio por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por **la compañía**.

12.6 Alimentos, complementos y suplementos

cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a **asegurados** con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente durante la hospitalización, o cuando se especifique cobertura en las condiciones particulares de la póliza.

12.7 Almacenamiento de tejidos y/o células:

los costos por la extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula, excepto cuando se especifique cobertura en las condiciones particulares de la póliza.

12.8 Costos relacionados al trasplante:

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 crio-preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración. **La compañía** cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de médula ósea y trasplantes de células madre de sangre periférica cuando son realizados como parte del tratamiento de cáncer.

12.9 Cirugía o tratamiento cosmético y sus complicaciones:

cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el **asegurado** cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

- 12.10 Cirugías y tratamientos para cambio de sexo:
cualquier gasto por cambio o transición de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o tratamientos, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la póliza.
- 12.11 Clínicas de hidroterapia, naturistas, etc.:
tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital excepto se especifique en las condiciones particulares.
- 12.12 Conflicto y desastre:
contaminación nuclear o química, guerra declarada o no declarada, agresión armada, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, tumulto, conspiración, disturbios del orden público, desórdenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el **asegurado**:

a) Ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,
b) Ha participado activamente en la ejecución de o en la comisión de o a intentado participar, o
c) Ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.
- 12.13 Control de natalidad:
cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea con fines anticonceptivos y la condición o diagnóstico a ser tratada, cuenta con cobertura dentro de los términos y condiciones de la póliza. Esterilización, ligadura de trompas, vasectomía, cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, reversión de esterilización voluntaria, terminación voluntaria del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planificación familiar tal como consultas de la asegurada con su doctor para discutir el plan de embarazo. Se excluye también cualquier consecuencia o secuela debido a lo anterior.
- 12.14 Depósitos/pagos por adelantado:
depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos.
- 12.15 Desórdenes de la conducta o del desarrollo:
no se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en las condiciones particulares de la póliza.
- 12.16 Disfunciones sexuales y enfermedades de transmisión sexual:
consultas y tratamientos relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivadas de una condición cubierta bajo la póliza, y las enfermedades transmitidas sexualmente. Los diagnósticos de cáncer de cuello uterino o bronquial como consecuencia del virus de papiloma humano (vph) no están comprendidos en la presente exclusión y serán cubiertos según el beneficio de tratamiento del cáncer detallado en las condiciones particulares de la póliza.
- 12.17 Embarazos no cubiertos:
todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto y sus complicaciones.
- 12.18 Enfermedades epidémicas y pandémicas:
el tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, excepto las vacunas que se especifican en las condiciones particulares de la póliza.
- 12.19 Equipo de riñón artificial:
equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por **la compañía**.
- 12.20 Eutanasia o muerte asistida:
esta póliza no cubre ningún gasto derivado de la eutanasia o muerte asistida, en cualquiera de sus modalidades incluso si en el país donde se encuentre el **asegurado** dicho procedimiento esté legalizado y/o regulado.
- 12.21 Exámenes de diagnóstico para trabajo o viajes:
incluye exámenes médicos rutinarios, vacunas y certificados médicos, así como pruebas para demostrar la capacidad de trabajar o viajar del **asegurado**, salvo que se especifique la cobertura de vacunas en las condiciones particulares de la póliza.
- 12.22 Gastos de registro / administración:
los gastos de registro/administración en hospitales o instituciones similares (a menos que **la compañía**, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante).
- 12.23 Gastos que excedan el gasto usual, razonable y acostumbrado(ura):
cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.
- 12.24 Gastos relacionados con tratamientos no cubiertos:
el tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o dolencia, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

a) Que no sea médicamente necesario, o
b) Para un **asegurado** que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o
c) Que no sea autorizado o recetado por un médico acreditado ,o
d) Que está relacionado con el cuidado asistencial, excepto cuando se especifique cobertura en las condiciones particulares de la póliza las condiciones particulares de la póliza, o
e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
f) Que se lleve a cabo en un lugar no apto para realizar el tratamiento, procedimiento o intervención médica requerida por el **asegurado**
- 12.25 Lesiones por riñas:
se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o dolencias, así como accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el **asegurado titular** o sus dependientes participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el **asegurado** haya sido el provocador. Cuando dichos actos no sean responsabilidad del **asegurado**, **la compañía** indemnizará por cualquier gasto cubierto bajo esta póliza únicamente mediante reembolso, sujeto a que la falta de provocación por parte del **asegurado** afectado haya sido acreditada ante **la compañía** mediante la presentación de copia autenticada de la resolución emitida por la autoridad competente, debidamente ejecutoriada, declarando que dichos actos fueron provocados por terceros.

12.26 Mantenimiento artificial de la vida:

cuando el paciente sufre de una lesión, enfermedad o padecimiento que requiera tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida, pero el pronóstico médico indique que el paciente ha perdido la habilidad de estabilizarse y recuperar su función normal, **la compañía** se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico médico. **La compañía** no continuará pagando el mantenimiento artificial de la vida del paciente dentro de una institución hospitalaria cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del paciente o en la restauración de su salud o se diagnostique muerte cerebral.

12.27 Maternidad subrogada:

el tratamiento directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la asegurada actúa como madre sustituta, o cuando una tercera persona actúa como tal para él o la **asegurado(a)**. Queda entendido como maternidad subrogada, la maternidad a través de una madre de alquiler, donde una mujer acepta, por acuerdo, quedar embarazada con el objetivo de engendrar y dar a luz un niño (o niños) que posteriormente será(n) reconocido(s) como hijo(s) propio(s) de una pareja o de una persona soltera.

12.28 Medicamentos sin receta o no cubiertos:

- a) Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.
- b) Los medicamentos que no sean médicamente necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea médicamente necesario.
- c) Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea con fines anticonceptivos y la condición o diagnóstico a ser tratada, cuenta con cobertura dentro de los términos y condiciones de la póliza.
- d) Cualquiera de los siguientes medicamentos de medicina tradicional china (mtc): hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antílope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.
- e) que no cuenten con los registros o que no esté debidamente autorizado en el país correspondiente.
- f) Que no sea suministrada por una farmacia.

12.29 Muerte cerebral:

es la terminación completa e irreversible de toda función cerebral. Esto significa que, como resultado de daño o injuria al cerebro, el aporte de sangre al cerebro queda bloqueado y el cerebro muere.

12.30 Órganos mecánicos o animales:

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

12.31 Podología:

cuidado podiátrico cosmético, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.

12.32 Práctica o actividad deportiva profesional:

tratamiento por cualquier lesión que resulte de la participación en cualquier deporte o actividad sea considerado peligroso o no, por compensación o como profesional, excepto cuando esta cobertura se encuentra especificada dentro de las condiciones particulares de la póliza

12.33 Profesional o proveedor no reconocido:

tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o tratamiento realizado en instalaciones médicas no reconocidas por la autoridad competente en la región, país o ciudad donde se lleve a cabo el tratamiento o se brinde el servicio.

12.34 Pruebas genéticas:

los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el **asegurado** es susceptible o no de desarrollar una enfermedad o dolencia y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico o se especifique la cobertura en las condiciones particulares de la póliza.

12.35 Servicio militar y/o policial:

tratamiento de lesiones que se produzcan mientras el **asegurado** se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión, excepto cuando esta cobertura se encuentra especificada dentro de las condiciones particulares de la póliza.

12.36 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.

12.37 Trastornos refractivos:

tratamientos, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (rk) y queratotomía fotoretractiva (prk), excepto cuando se especifique la cobertura en las condiciones particulares de la póliza.

12.38 Tratamiento de fertilidad e infertilidad:

tratamiento para asistir en la reproducción, como:

- ▶ Fertilización in-vitro (IVF)
- ▶ Transferencia intratubárica de gametos (GIFT)
- ▶ Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)
- ▶ Inseminación artificial (IA)
- ▶ Tratamiento de medicamentos recetados
- ▶ Traslado del embrión (de una ubicación física a otra)
- ▶ Gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen

12.39 Tratamiento dental no relacionado a un accidente cubierto y sus complicaciones:

cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o cuando el primer gasto, relacionado a dicho accidente, ocurre después de treinta (30) días de la fecha de un accidente cubierto.

12.40 Tratamientos en instituciones públicas:

tratamientos en cualquier institución gubernamental, cuando el **asegurado** es derechohabiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.

12.41 Tratamiento experimental:

la compañía no pagará por tratamientos o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales, que no esté científica o médicamente reconocidos o aprobados para la condición diagnosticada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la autoridad competente en la región o país donde se suministre el tratamiento. **La compañía** tampoco pagará por

medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente. **La compañía** no pagará por cualquier costo relacionado con tratamientos o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

12.42 Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico:

no se cubrirán procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos durante una hospitalización cuando la razón principal de la hospitalización sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental, a menos que se especifique en las condiciones particulares de la póliza. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

12.43 Tratamientos maxilares:

tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, excepto cuando sean originadas por una condición cubierta bajo esta póliza.

12.44 Tratamientos para el crecimiento:

cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo tratamientos realizados por un estimulador de crecimiento óseo, excepto cuando esté directamente relacionado al tratamiento de una condición cubierta bajo la póliza.

12.45 Tratamientos por obesidad:

tratamiento para o como resultado de la obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Los gastos asociados con cirugías por obesidad y asesoría nutricional están cubiertos siempre y cuando se indiquen en las condiciones particulares de la póliza, sujetos a los términos y condiciones de la póliza. La cobertura para cirugía por obesidad está excluida para **asegurados** que aún no han cumplido con el período de carencia establecido en las condiciones particulares de la póliza y/o no cuenten con los exámenes que lo certifiquen para someterse a estos procedimientos.

12.46 Tratamientos o servicios ocurridos en alguno de los países incluidos en los programas de sanciones establecidos por la oficina de control de activos extranjeros (OFAC):

dependiente del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, disponible en la página <https://ofac.treasury.gov/>

12.47 Tratamientos realizados por familiares:

tratamiento que haya sido realizado por algún médico o proveedor de servicios médicos que sea cónyuge, conviviente, padre, madre, hermano(a), o hijo(a) de cualquier **asegurado** bajo esta póliza.

13. Vigencia

Sujeto a las condiciones generales de esta póliza, la cobertura comienza desde el día y hora indicado en las condiciones particulares, 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

14. Elegibilidad y designación de beneficiarios

Esta póliza solo podrá ser contratada por residentes del territorio de la república del ecuador, mayores de dieciocho (18) 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 **asegurados** 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 dependientes (hijos, hijastros y menores de edad) del **asegurado titular** hasta:

- a) los veinticuatro (24) años de edad siempre y cuando sean solteros y dependen económicamente del **asegurado titular**. Una vez cumplida esta edad, el dependiente será traspasado a una póliza individual como **asegurado titular**.
- b) si un dependiente (hijos o hijastros) contrae matrimonio antes de los (24) años de edad; no podrá continuar dentro de la cobertura de la póliza del **asegurado titular**, pero podrá contratarla independientemente.

15. Residencia en el país

Para tener derecho a la cobertura el **asegurado** y miembros de su grupo elegible deberá ser residentes y vivir permanentemente en ecuador un mínimo de ciento ochenta (180) días continuos o discontinuos durante el año calendario, a menos que sea dispuesto de otra forma en las condiciones particulares de la póliza.

Esta póliza no está disponible para, ni puede ser emitida o renovada a personas que residen en los estados unidos de américa por más de ciento ochenta (180) días, continuos o discontinuos, en un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días sin importar el tipo de visa emitida al **asegurado** o su estado migratorio, salvo en los casos de extensión de cobertura en los términos de la sección 17. Siguiente (“extensión de cobertura en el extranjero por estudios o trabajo temporal”).

Sin perjuicio de lo anterior y de lo dispuesto en la sección 17. (“extensión de cobertura en el extranjero por estudios o trabajo temporal”), **la compañía** se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad, cancelación anticipada, o no renovación de la póliza, a discreción de **la compañía**, en caso de que cualquier **asegurado** mantenga presencia o residencia en otro país distinto a ecuador, y conllevará a la posible terminación de cobertura para el **asegurado** que se convierte en residente permanente de los estados unidos de américa u otro país distinto a ecuador, sin importar el tipo de visa emitida al **asegurado** o su estado migratorio.

16. Cambio de país de residencia

El **asegurado** tendrá que notificar por escrito a **la compañía** su cambio de residencia a otro país dentro de un período de treinta (30) días calendario después de haber efectuado dicho cambio. Un cambio en el país de residencia podrá resultar en la modificación de la cobertura, deducible, o prima según el área geográfica, sujeto a los procedimientos de **la compañía**. Si **la compañía** tuviere conocimiento del cambio de residencia, la misma podrá cancelar la póliza con aviso dado con quince (15) días de anticipación.

17. Extensión de cobertura en el extranjero por estudios o trabajo temporal

Aquellos **asegurados** que, por motivo de trabajo o estudios temporales, deban permanecer en el extranjero por un tiempo mayor al estipulado en la sección 15 “residencia en el país”, podrán solicitar la extensión de cobertura el extranjero hasta por la vigencia anual de la póliza, renovable hasta por una vigencia anual adicional, a discreción de **la compañía**, siempre y cuando la residencia permanente del **asegurado** se mantenga en ecuador. Esta extensión de cobertura y sus condiciones se aprobarán a discreción de **la compañía**.

Sin perjuicio de lo anterior, **la compañía** se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del **asegurado** en caso de que mantenga presencia o residencia en otro país distinto a ecuador. Un cambio en el país de residencia podrá resultar en la modificación de la cobertura, deducible, o prima según el área geográfica, sujeto a los procedimientos de **la compañía**

La extensión de la cobertura no aplicará si el **asegurado** pierde su condición de estudiante o trabajador temporal y se convierte en residente permanente de los estados unidos de américa o de cualquier otro país distinto a ecuador, sin importar el tipo de visa emitida al **asegurado** o su estado migratorio.

18. Límite máximo anual

Monto en dólares americanos o su equivalente en la moneda oficial del ecuador, asignada por **asegurado** y por año póliza, sujeto a los límites que se estipulan en las condiciones particulares y tabla de coberturas de la póliza. El monto especificado se utilizará para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos elegibles en los que incurra el **asegurado** en la vigencia en curso, tanto en el territorio de ecuador como en los países o regiones detallados en las condiciones particulares de la póliza (a excepción de los países donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes aplicables vigentes).

El monto máximo para la reclamación será el límite máximo anual, reducido por todos los pagos que **la compañía** ha efectuado por las atenciones cubiertas ocurridas durante la vigencia en curso.

Al concretarse la renovación de la póliza, se restablecerá el límite máximo anual por **asegurado** y por año póliza. Los gastos elegibles deberán aplicarse a la vigencia correspondiente según su fecha de ocurrencia.

19. 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.

20. Deducible anual

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

Los deducibles anuales aplican por separado al **asegurado titular** y a cada uno de sus dependientes. Tanto el **asegurado titular** como cada uno de sus dependientes deberán cubrir los deducibles anuales correspondientes, los cuales se restablecen cada año póliza.

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

Los costos por encima de las cantidades máximas especificadas en la tabla de coberturas correspondiente, no se tomarán en cuenta para el cálculo del deducible anual.

Aun cuando la cantidad que el **asegurado titular** esté reclamando sea menor que el total del deducible anual, el **asegurado titular** debe enviar a **la compañía** su reclamación para que **la compañía** registre y reconozca los valores abonados al deducible y que contribuirán para cubrir su deducible anual.

Los gastos elegibles incurridos por el **asegurado** durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para acumular al deducible correspondiente para ese año póliza, serán aplicados al deducible del **asegurado** para el siguiente año póliza, siempre que no existan gastos elegibles incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del año póliza en curso. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el deducible del **asegurado** para el siguiente año póliza, y posteriormente el **asegurado** presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos elegibles ocurridos durante los primeros nueve (9) meses del año póliza en curso, el beneficio otorgado será revertido, y el **asegurado** será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza.

En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los tres (3) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente. Es obligación del **asegurado** notificar el accidente a **la compañía** en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del deducible si el **asegurado** no notifica como se establece previamente.

21. 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 compañía** en su solicitud de seguro. Toda declaración falsa, inexacta u omisión de información con reticencia requerida por **la compañía**, 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 compañía** 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.

22. 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:

- ▶ Carencia tratamientos ambulatorios 30 días
- ▶ Carencia tratamientos hospitalarios 90 días
- ▶ Carencia tratamientos de emergencia 24 horas
- ▶ Carencia preexistencias declaradas 24 meses
- ▶ Carencia discapacidad declarada 3 meses
- ▶ Carencia para inicio de maternidad 60 días

Los beneficios preventivos, contemplan sus periodos de carencia específicos, a excepción de los estipulados por ley bajo tarifa cero.

23. Exoneración del período de carencia:

La **compañía** podrá exonerar sujeto a evaluación 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 consecutivo,
- 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, 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.

El levantamiento del período de carencia no aplica a: las condiciones preexistentes, cobertura de embarazo, chequeos preventivos (si el plan lo contempla) y cirugías electivas incluyendo, pero no limitados a: ligaduras, vasectomías y rinoplastia, para las cuales se debe cumplir con los períodos de carencia específicos establecidos en la tabla de coberturas.

El levantamiento de período de carencia no aplicará para cualquier atención médica que se brinde en territorio extranjero, se debe cumplir con el período de carencia establecido para la cobertura requerida.

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 y tabla de coberturas.

24. 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 de acuerdo al plan elegido, o recibir las atenciones de salud que requiera en los prestadores de la red de 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.

El **asegurado titular** o el miembro de su grupo elegible se comprometen a mantener a **la compañía** o a cualquier otra **compañía** afiliada o vinculada con la misma, libre de toda responsabilidad por cualquier negligencia que resulten de los servicios prestados 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 atenciones en la red de proveedores 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 proveedor.

25. 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 que consta en la tabla de coberturas, detallada en las condiciones particulares de la póliza,

26. Pago de la prima

El **asegurado titular** es responsable del pago a tiempo de la prima directamente a **la compañía**, luego de la emisión de la factura. **La compañía** no se hace responsable de pagos que el **asegurado titular** realice a otra persona o empresa (incluido el agente o agencia asesora productora de seguros). Todos los valores monetarios mencionados en esta póliza son en dólares americanos o su equivalente en la moneda oficial del Ecuador.

Si el **asegurado** estuviere en mora en el pago de las contraprestaciones económicas, tendrá derecho a la cobertura vía reembolso por treinta (30) días, contados a partir de la fecha en que debió realizar el último pago; vencido dicho plazo, se suspenderá la cobertura, excepto para la que corresponda a emergencia médica, triaje 1 y 2 de la escala de manchester para su estabilización inicial, conforme a lo indicado en el numeral 5.2. “atención de emergencia”, en cuyo caso se dará cobertura hasta el límite máximo establecido en la tabla de coberturas, 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** 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 titular**. **La compañía** podrá descontar de la cobertura del siniestro, aquellas cuotas de la prima que se encuentren impagas

De conformidad a lo establecido en el numeral 30 “terminación anticipada del seguro“ de este condicionado general, **la compañía** cancelará de manera unilateral la póliza por incumplimiento en el pago de la prima por más de noventa (90) días, contados desde la fecha en que debió realizarse el último pago.

27. 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.

28. Condiciones de renovación

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

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.

29. Coordinación de beneficios

En caso de existencia de otras pólizas de seguros de cobertura internacional que proporcionen los beneficios cubiertos por esta póliza en el territorio ecuatoriano, el **asegurado** tendrá libre elección de hacer uso de cualquiera de ellas, según le convenga y la diferencia a la otra póliza de seguro internacional, de manera que el total pagadero entre ambas pólizas no sobrepase el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos; en ningún caso los beneficios de esta póliza podrán duplicarse, acumularse, excederse del máximo estipulado en la tabla de coberturas del plan correspondiente y en las condiciones particulares de esta póliza. El incumplimiento de esta condición priva al **asegurado** de todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

Cuando el **asegurado** mantenga otra póliza vigente con **la compañía**, para la coordinación de beneficios, deberá aplicar las reclamaciones (como primera capa) a la póliza de menor cobertura.

Fuera del territorio ecuatoriano, **la compañía** funcionará como la principal **compañía la compañía**, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra **compañía la compañía**.

La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios:

- a) La liquidación del siniestro de la otra póliza del seguro y;
- b) Copia de las facturas pagadas por la compañía la compañía local que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.

30. 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, con al menos quince (15) días de anticipación a la fecha en la que se requiera la terminación.

En caso de que la póliza estuviese impaga por más de noventa (90) días, contados desde la fecha en que debió realizarse el último pago, se notificará al **asegurado titular** la terminación automática de la póliza, por cualquiera de los medios reconocidos por la legislación de Ecuador.

El dolo o mala fe del **asegurado** en la declaración sobre el estado del riesgo, es causal para que **la compañía** pueda dar por terminado unilateralmente el contrato, así como cualquier otra actuación de mala fe, por parte del **asegurado**, como se indica en el numeral 21. “DECLARACIÓN FALSA, RETICENCIA, FRAUDE Y ACTUACIONES DE MALA FE” del presente contrato.

En caso de que esta póliza sea terminada por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación, y **la compañía** sólo será responsable por tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que se hayan llevado a cabo antes de la fecha efectiva de terminación de la misma. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser necesario. **La compañía** tendrá derecho al cobro de las primas efectivamente devengadas durante la vigencia de la póliza, así como al cobro de todos los gastos relacionados con la expedición de la póliza.

31. Restablecimiento de vigencia del contrato o rehabilitación de póliza

Si la póliza no fue renovada o pagada, durante el período de gracia descrito en el numeral 26 de estas condiciones generales, la póliza puede ser rehabilitada, por una sola ocasión, con las mismas condiciones originarias, durante los siguientes sesenta (60) días contados a partir de haberse terminado el período de gracia de treinta (30) días. Esta póliza no podrá ser rehabilitada después de noventa (90) días contados a partir de la fecha de vencimiento.

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 (3) tres meses posteriores a dicha terminación, debiendo cumplir con las contraprestaciones económicas que se encontraran impagas hasta la fecha de solicitud de restablecimiento.

Se aclara que la rehabilitación de la póliza o restablecimiento de su vigencia, solo se podrá realizar por una sola ocasión, entre una de las siguientes causas: la no renovación, o el no pago a tiempo de la prima, o la terminación anticipada de la póliza por decisión unilateral del **asegurado titular**. En ninguno de los casos se exime al **asegurado** del pago de las obligaciones económicas contraídas con **la compañía**

32. Condición de cobertura por transferencia o cambio de producto

Al ser una póliza con vigencia anual, el **asegurado titular** únicamente podrá modificar su póliza al momento de la renovación, sujeto a evaluación de riesgo y a la entrega del formulario que **la compañía** provea, debidamente completado y firmado por el **asegurado** en señal de aceptación de la transferencia o cambio de producto.

Las condiciones de cobertura por transferencia aseguran que no haya ningún lapso de interrupción de cobertura cuando el **asegurado** cambia de un producto a otro, dentro de la misma **compañía**. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a lo siguiente:

- a) Toda solicitud de transferencia de producto está sujeta a los procedimientos de evaluación de riesgo y suscripción,
- b) En caso de que la transferencia sea procedente, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos al **asegurado**, entre los productos involucrados en la transferencia durante los treinta (30) días calendarios posteriores al cambio y luego de los cuales entraran en vigor los beneficios del nuevo producto, excepto si se encuentra especificado algo diferente en las condiciones particulares de la póliza.
- c) Las transferencias de producto constituyen un nuevo contrato de seguro (póliza), sujeto a las condiciones de suscripción y evaluación médica correspondiente, lo cual, a criterio de **la compañía**, podría implicar el restablecimiento de períodos de carencias, así como nuevas limitaciones.

33. Obligaciones del asegurado

Sin perjuicio de las demás obligaciones descritas en el presente contrato, el **asegurado titular**, tendrá 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 sus miembros elegibles **asegurados**, sin perjuicio de la responsabilidad que tiene cada uno de ellos;
- d) cumplir con el pago al prestador de los gastos médicos incurridos durante el período de carencia, y por coaseguros.
- e) proporcionar a la compañía la información y datos requeridos en la solicitud de seguro 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 las 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 la ponga en riesgo y que comprometa su integridad o la agrave.
- j) colaborar en todo momento con la compañía, en la entrega de la información aplicable que le sea requerida.
- k) las demás previstas en la presente póliza.

34. 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 compañía.
- 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 sublímites que ahí se determinen.
- c) llevar un registro actualizado del portafolio de titulares, y dependientes, con detalle del tipo de planes y montos de cobertura.
- d) 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 sobrevinientes a la entrada del vigor de la póliza, ni negar la renovación de los contratos;
- e) garantizar los derechos de los **asegurados**, en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa, en los términos previstos en la ley;
- f) suministrar la información que sea requerida por los organismos de regulación y control previstos en la ley;
- g) velar por que las prestaciones de los servicios de salud de la red de proveedores cumplan con los estándares de calidad establecidos por la autoridad sanitaria nacional; y, exigir, acrediten las respectivas aprobaciones académicas o licenciamiento, según corresponda; e,
- h) implementar tecnologías de la información comunicación, para facilitar la relación interactiva entre la compañía, la red de proveedores y los **asegurados**.

35. 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 preaprobación, se deberá seguir lo dispuesto en el numeral 36. “REQUISITO DE PRE-AUTORIZACIÓN Y NOTIFICACIÓN (COORDINACIÓN DE SERVICIOS)”.

Para otros procedimientos médicos que no se haya especificado que requieren preaprobación, o en los que no se requiera hospitalización, cirugía o sedación, y en los que el cliente realice directamente el pago al prestador de servicio de salud, el **asegurado titular** tendrá un plazo de noventa (90) días calendarios 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 37. “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.

36. Requisito de pre-autorización y notificación (coordinación de servicios)

La pre-autorización es un requisito indispensable y obligatorio para recibir cualquier servicio derivado de coberturas de esta póliza, a menos que sea especificado de otra forma para una cobertura específica o servicio específico en las condiciones particulares de la póliza, y deberá ser solicitada por el **asegurado titular** o **asegurado dependiente**, con por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico en todos los casos en que así lo indique la cobertura de la póliza bajo la que se podría tener derecho a que se cubra el servicio.

La pre-autorización deberá ser solicitada a **la compañía** mediante el formulario designado para estos efectos, el cual estará a disposición del **asegurado** a través de la página web de **la compañía** (www.Bupasalud.com.ec). El formulario de pre-autorización deberá acompañarse de cualquier documentación que sea requerida por **la compañía** para la evaluación de dicha solicitud, los tiempos de aprobación para una pre-autorización se podrían extender en caso de que la compañía no cuente con toda la documentación necesaria.

El **asegurado** deberá obtener una pre-autorización actualizada si los servicios para el beneficio cubierto no se reciben dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de la pre-autorización original.

En caso de accidente, es obligación del **asegurado** notificar el accidente a **la compañía** en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas de ocurrido el accidente, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite puede generar la negación del reclamo o la aplicación de los costos que hubiera tenido **la compañía** en caso de haberse notificado la emergencia a tiempo.

En aquellos servicios y suministros que de otra manera hubiesen sido cubiertos de haberse solicitado la pre-autorización requerida dentro de los plazos establecidos en la póliza, **la compañía** aplicará una penalización del 30% sobre el valor usual acostumbrado y razonable del servicio o suministro recibido, adicional al deducible, coaseguro y copago con el que cuente la póliza, de ser aplicable.

37. Documentos necesarios para la reclamación de un siniestro

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.
- l) o cualquier otra documentación que la compañía considere necesaria y pertinente para el análisis de cobertura.

Se entenderá presentado el reclamo, únicamente cuando el **asegurado** haya entregado toda la información completa

38. 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 37 “documentos necesarios para la reclamación de un siniestro” de esta póliza para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida. **La compañía** solamente procesa los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria nacional del **asegurado titular**.

Expresamente el **asegurado titular** y sus dependientes autorizan a **la compañía** al acceso de sus expedientes médicos, los cuales serán necesarios para el análisis de cobertura y prestación de servicios.

39. Forma de pago de la indemnización

Si el producto elegido no cuenta con una red de proveedores disponible en la zona geográfica donde se reciba la prestación del servicio, **la compañía** no pueda gestionar el pago directo a dicha institución, la indemnización será pagada directamente al **asegurado titular**, mediante reembolso de gastos, de conformidad y de acuerdo con los porcentajes, cantidades y limitaciones estipuladas en las condiciones particulares de la póliza y usando como referencia los costos y precios usuales, razonables y acostumbrados (ura) de la zona geográfica.

Si en las condiciones particulares del producto elegido, se indica que esta cuenta con una red de proveedores, (disponible en la página web www.Bupasalud.com.ec), la indemnización producto de la cobertura de seguros será pagada directamente al o a los proveedores de servicios médicos u hospitalarios que se encuentren dentro de dicha red para gastos por servicios de atención médica u hospitalaria a la que corresponda su póliza.

En estos casos si el **asegurado** recibe algún tratamiento en un proveedor fuera de dicha red, **la compañía** no será responsable por ningún gasto generado en dicha atención, excepto se especifique lo contrario en la condiciones particulares y en los casos de atenciones por emergencia según se detalla en la cláusula 5.2 “atención de emergencias”.

Los proveedores de la red podrán cambiar en cualquier momento sin previo aviso o notificación al **asegurado**. Sin embargo, la red de proveedores estará disponible en la página web de **la compañía** (www.Bupasalud.com.ec).

Antes de recibir cualquier servicio que pudiera estar cubierto bajo esta póliza, el **asegurado** que posee un plan de seguro en el que se consigne la utilización de alguna red de proveedores, deberá comunicarse con **la compañía** y verificar si el proveedor del servicio pertenece o no a dicha red.

En ningún caso **la compañía** será responsable por daños y perjuicios originados, incluyendo, pero sin limitarse a, las opiniones de los médicos profesionales consultados y por los servicios prestados por las instituciones hospitalarias o proveedores de una red de proveedores.

40. 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 declaración de la solicitud del seguro, en la reclamación de siniestro o el incumplimiento de las obligaciones como **asegurado** que le correspondería en caso del mismo.
- b) si el seguro fue 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 35. “proceso y tiempos de reclamo para cobertura”.

41. 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 la red o a la persona que haya sido designada como beneficiario en la solicitud de seguro de la póliza correspondiente. En caso de que el **asegurado titular** no haya designado a tal persona, el pago se realizará 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**.

42. Pago por error

En caso de que **la compañía** efectúe por error un pago ya sea a un proveedor de servicios médicos o al **asegurado titular** por beneficios recibidos, pero no cubiertos por esta póliza, **la compañía** se reserva el derecho de reducir dicha cantidad de cualquier pago de reclamaciones futuras o de solicitar el reembolso directo al **asegurado titular**, sin que por este hecho el **asegurado** pueda ejercer acciones legales en contra de **la compañía**.

43. Pago de reclamos no cubiertos

La compañía no está en la obligación de dar cobertura y/o pagar reclamos excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza bajo ninguna circunstancia (como por ejemplo, pero sin limitar, a aquellos casos en donde: **la compañía**, por error, de su parte, haya realizado pagos a reclamos que posteriormente se identifiquen como excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza; casos en los que **la compañía** no reciba documentación completa y veraz relacionada al reclamo, entre otros).

Cualquier pago a reclamos de condiciones excluidas o no cubiertas por los términos y condiciones de la póliza, se considerarán un error que de ninguna manera constituirá un derecho adquirido por parte del **asegurado**, a su vez, dichos pagos no constituirán un precedente y/o referencia para otras y/o futuras coberturas relacionadas al mismo o similar diagnostico o cualquier reclamo relacionado; por tanto, el **asegurado** no tiene ni tendrá derecho a exigir coberturas a cualquier reclamo derivado del mismo evento y/o cualquier evento, reclamo, o condición excluida o no cubierta bajo los términos y condiciones de su póliza.

En aquellos casos en donde **la compañía** realice pagos a reclamos no cubiertos por los términos y condiciones de la póliza, **la compañía** podrá, a su entera discreción: i. Solicitar el reembolso de los pagos realizados por error al **asegurado titular** (dicho reembolso deberá ser realizado dentro de los siguientes treinta (30) días a la fecha de cobro por parte de **la compañía** al **asegurado**); ii. Reducir el monto pagado por error de cualquier reclamación pendiente o futura; iii. Reducir el monto pagado por error de la prima no devengada; iv. Levantar cualquier acción necesaria para obtener el reembolso del monto relacionado a los reclamos pagados por error.

44. 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.

45. Arbitraje o mediación

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre **la compañía** y el **asegurado** con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo a arbitraje o mediación, en cualquiera de los centros de arbitraje o mediación que legalmente operen en el país. Los árbitros o mediadores deberán, no obstante, juzgar desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho estricto. El laudo arbitral o de mediación tendrá fuerza obligatoria para las partes.

46. Solución de conflictos

El **asegurado** podrá presentar un reclamo administrativo ante la superintendencia de **compañías**, valores y seguros; en sede judicial el **asegurado** podrá demandar a **la compañía** ante la justicia ordinaria; o recurrir a los procedimientos alternativos de arbitraje o mediación estipulados en esta póliza.

47. 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**. El **asegurado titular** deberá informar a **la compañía** inmediatamente si actualiza su dirección de correo electrónico o cualquier dato de contacto, dado que **la compañía** seguirá utilizando los últimos datos de contacto que el **asegurado titular** haya proporcionado en la solicitud de seguro hasta que el mismo notifique lo contrario.

48. Subrogación

La compañía podrá ejercer sus derechos de subrogación antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la póliza, por ministerio de la ley, hasta el monto de dicha indemnización, en los derechos y acciones del **asegurado** contra terceros responsables del siniestro.

A petición de **la compañía**, el **asegurado** debe hacer todo lo que esté a su alcance para garantizarle la viabilidad de la acción subrogatoria, es decir, el **asegurado** deberá proporcionar a **la compañía** cualquier ayuda necesaria para que esta pueda gestionar su derecho de subrogación. El **asegurado** 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**, so pena de perder sus derechos de indemnización.

49. Jurisdicción y domicilio

La presente póliza se encuentra sometida a la legislación y jurisdicción ecuatoriana.

Las acciones contra **la compañía** deben ser realizadas en el domicilio contractual de esta, que para todos los efectos será la ciudad de Quito, Ecuador.

50. 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.

51. Verificación de texto:

El **asegurado titular** podrá solicitar a la superintendencia de **compañías**, valores y seguros la verificación de este texto.

Lugar y Fecha	Lugar y Fecha
Bupa ecuador s.a.	Asegurado titular
Firma autorizada	Firma

La superintendencia de **compañías**, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente condicionado general el registro no. 59327, con oficio no. **SCVS-IRCVSQ-DRS-2025-00036815-O** del **6 de mayo 2025**

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. Para mayor información acerca de las atenciones preventivas incluidas en tarifa cero, puede acceder a nuestra página web a través del siguiente link www.Bupalatinamerica.com

Ciclo de vida En sanos	Cpt	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia mínima	Responsable
Recién nacido (0 a 28 días)	99381	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 neurosensoriales.	1 vez consulta e información	Neonatólogo pediatra médico general médico familiar
	99401	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 y prescripción para la realización del tamizaje metabólico, tamizaje auditivo y sensorial		Laboratorio con la orden del neonatólogo/ pediatraMédico general médico familiar
Niño de 1 Mes a 12 meses	99381	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).	10 consultas(8 mensuales Hasta los 8Meses, 1 vez Cada 2 meses Hasta los 12 meses) en el primer año De vida,en cada consulta se debe dar información	Pediatra / médico general médico familiar
	99406	Información sobre crecimiento y desarrollo(en consulta):	Información sobre posibles problemas en el desarrollo psicomotor y lenguaje; información sobre estimulación visual; información y asesoría sobre resultados de tamizaje metabólico, visual y auditivo; información y asesoría sobre suplemento de micronutrientes (hierro y vitaminas)		Pediatra / médico general médico familiar
	99401	Asesoría: información, educación y comunicación(en consulta)	Asesoría para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación; información referente a lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, inicio de alimentación complementaria a partir de los 6 meses, informar de la importancia de la higiene y salud oral; promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje; informar y comunicar acerca de variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Asesoría para evitar riesgos de accidentes.		Pediatra / médico general médico familiar
Niño/as de 1 a 5 años	99382	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.	4 consultas(1 consulta trimestral hasta los dos años) al año hasta los 2 años de edad, posterior 8Consultas (1 Consulta Trimestral) por Año, en cada Consulta se debe Otorgar asesoría e información	Pediatra / médico general médico familiar

Ciclo de vida En sanos	Cpt	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia mínima	Responsable
	99401	Asesoría información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación; información referente a lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, inicio de alimentación complementaria a partir de los 6 meses, informar de la importancia de la higiene y salud oral; promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje; informar y comunicar acerca de variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Asesoría para evitar riesgos de accidentes		Pediatra / médico general médico familiar
	99406	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información en cada consulta para control de niño sano que incluya: indicaciones de suplementación de micronutrientes; recomendación de desparasitación 1 vez al año; evaluación clínica para valoración de agudeza visual y valoración auditiva; salud oral y prevención de la caries; recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis. (no incluye exámenes de gabinete).		Pediatra / médico general médico familiar

Niño/as de 5 a 10 años	99383	Atención al niño de 5 a 10 años	Consulta para evaluación del bienestar del niño, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas), del estado nutricional, neuromuscular, psicomotriz y emocional; detección clínica temprana de enfermedades como pie plano, anomalías congénitas; detección clínica de enfermedades infecto-contagiosas y endémicas; detección	1 consulta médica por año, durante cada consulta se debe otorgar asesoría e información)	Pediatra/ médico general médico familiar
	99401	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.		
	99406	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.		

Adolescentes 11 a 19 años	99384	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 infecto- contagiosas. Evaluación de hábitos no saludables, deficiencias y/o discapacidades; (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otra especialidad)	1 vez al año, durante la consulta se de otorgar información y asesoría	Médico general médico familiar
	99401 99406	Asesoría información, educación y comunicación (en consulta)	Información para prevención de trastornos de la alimentación; detección de maltrato y o violencia; detección de uso de sustancias psico - estimulantes; importancia de la valoración de agudeza visual; información sobre higiene y salud oral; detección de problemas de aprendizaje, afectivos, emocionales; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados.		
	99406	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		Médico general médico familiar

Ciclo de vida En sanos	Cpt	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia mínima	Responsable
Embarazo	59425	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	Médico general / gineco- obstetra médico familiar
	99402	Asesoría información, educación y comunicación(en consulta)	Asesoría en cada consulta para brindar información sobre la preparación del parto, necesidades nutricionales y suplementación 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.	2 veces durante la gestación	Pediatra / médico general médico familiar
	99385	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	Odontólogo
	850258 2947- 8100186 900- 869018 5670- 85730 845203 0509- 867038 8142- 867778 6778- 867628 6765 867068 6644- 86645	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, URCA, glucosa y creatinina, VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con IGG e IGM, PapTest antes de las 20 semanas	1 vez durante el embarazo	Laboratorio
	99215	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 consultaEntre la semana 1 a 6 post parto	Médico general / gineco- obstetra médico familiar
Mujeres en edad fértil mef	99385	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	1 vez al año, durante la consulta se de otorgar información y asesoría	Gineco- obstetra/ médico familiar
	99402	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 c its; prevención y detección de violencia, maltrato, consumo de sustancias adjetivas, trastornos afectivos o emocionales, acoso laboral y acoso sexual.		
Adulto joven de 20-40	99385 99401 99406	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 de otorgar información y asesoría	Médico general médico familiar
	99401 99406	Asesoría información, educación y comunicación(en consulta)	Información y consejería sobre enfermedades de transmisión sexual; asesoría para planificación familiar; consejería sobre salud oral; asesoría sobre tamizaje de enfermedades crónica e información sobre la valoración auditiva y visual		

Ciclo de vida En sanos	Cpt	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia mínima	Responsable
Adulto/a de 50 a 64 años	99401 99406	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 riesgoDe enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual. Detección de riesgos de salud mental como: consumo de sustancias adjetivas, trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; intento de suicidio, entre otros (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	1 vez al año, durante la consulta se de otorgar información y asesoría	Médico general médico familiar
		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	99387	Consulta médica general preventiva	Consulta clínica para evaluación del estado de salud, que incluya examen físico, y anamnesis, identificación de factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo.Detección de factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, valoración de dependencia funcional, valoración de salud oral, detección de riesgo nutricional, de patologías infecto-contagiosas, violencia, maltrato; detección del riesgo de enfermedades de transmisión sexual; detección del riesgo de pérdida auditiva y visual.	1 vez al año, durante la consulta se de otorgar información y asesoría	Médico general médico familiar/ médico geriatra
	99406 99401	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.		

Bupa Ecuador

Matriz Quito: Av. República de El Salvador N34-229 Y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 3