



BUPA ESSENTIAL

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

BUPA ESSENTIAL

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ACUERDO

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros (de ahora en adelante denominada la “Compañía”) se compromete a pagarle al Asegurado los beneficios estipulados en esta Póliza por cualquier tratamiento, servicio o suministro médico proporcionado por esta Póliza y sujeto a los términos y condiciones de la misma.

La Póliza, la solicitud de seguro de salud, el certificado de cobertura y cualquier endoso adicional, constituyen el contrato completo entre las partes.

Derecho de catorce (14) días para examinar esta Póliza: Esta Póliza puede ser devuelta por el Asegurado dentro de los catorce (14) días siguientes a su recibo, para el reembolso de todas las primas pagadas. Esta Póliza puede ser devuelta a la Compañía o al agente o agencia asesora productora de seguros. En caso de ser devuelta, esta Póliza será considerada nula como si nunca hubiese sido emitida.

Ningún agente o agencia tiene la autoridad para cambiar esta Póliza o exonerar ninguna de sus coberturas. Después de que esta Póliza ha sido emitida, ningún cambio será válido, a menos que sea aprobado por escrito por un oficial de la Compañía con potestad para ello o por el jefe de evaluación de riesgos de la Compañía, y tal aprobación debe constar en una enmienda o anexo a esta Póliza.

Aviso importante sobre la solicitud: Esta Póliza es emitida en base a la solicitud de seguro de salud firmada por el Asegurado y al pago de la prima. Si alguna información en la solicitud está incorrecta o incompleta, o si el Asegurado ha omitido alguna información, el contrato de seguro quedará viciado de nulidad relativa, según lo previsto en el Artículo 14 de Decreto Supremo 1147 de 7 de diciembre de 1963. Tal nulidad se entenderá saneada si es que la Compañía conoce las circunstancias encubiertas o no declaradas antes de perfeccionarse el Contrato, o después de ello si es que la Compañía las acepta expresamente por escrito.

1. TABLA DE BENEFICIOS

De acuerdo con el Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente seleccionado por el Asegurado y/o Contratante y que se encuentra especificado en las condiciones particulares de la póliza.

Las opciones de plan disponibles son:

- Plan Essential 50
- Plan Essential 100
- Plan Essential 500
- Plan Essential Care

2. COBERTURAS

2.1 BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN

- 2.1.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS E INTERCONSULTAS: El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado 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.
- 2.1.2 HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN: Se proporciona cobertura para el paciente solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están cubiertas como se especifica en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.
- 2.1.3 CAMA Y ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE DE MENOR DE EDAD O ADULTO MAYOR DE SETENTA Y CINCO (75) AÑOS HOSPITALIZADO: Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama y alimentación para acompañante de un niño hospitalizado menor de dieciocho (18) años y adultos mayores de setenta y cinco (75) años se pagarán hasta el máximo por día especificado en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente. Los gastos de alimentación se cubrirán únicamente cuando la atención sea recibida en cualquier hospital de la red pública del Ecuador.

- 2.1.4 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Se proporciona cobertura de este rubro solamente cuando el uso de la unidad de cuidado intensivo es médicamente necesario. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están cubiertas como se especifica en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.
- 2.1.5 ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL: No hay límite de días para la estadía en un hospital por una enfermedad o lesión específica, o por cualquier tratamiento relacionado a dicha enfermedad o lesión.
- 2.1.6 HONORARIOS DE CIRUJANO: Los honorarios del cirujano principal deben ser pre-aprobados por la Compañía, y están cubiertos como se especifica en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente con respecto al menor de:
- (a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento realizado, o
 - (b) La tarifa aprobada por el cirujano para el procedimiento quirúrgico correspondiente, o
 - (c) Tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado,
 - (d) En caso de requerir un segundo cirujano siempre y cuando sea médicamente necesario se cubrirá el cincuenta por ciento (50%) de los honorarios del cirujano principal.
 - (e) Si al realizar el procedimiento quirúrgico se determina que es necesario otro procedimiento, y que debe llevarse a cabo en el mismo campo quirúrgico u orificio natural, la tarifa completa del procedimiento principal se pagará tal como se describe arriba, y el segundo procedimiento se cubrirá en un cincuenta por ciento (50%).
- 2.1.7 HONORARIOS DEL ANESTESISTA: Los honorarios de anestésista son los cargos de un anestésista por la administración de anestesia durante la realización de un procedimiento quirúrgico o por servicios médicamente necesarios para controlar el dolor. Los honorarios del anestésista deben ser pre-aprobados por la Compañía, y están cubiertos como se especifica en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente con respecto al menor de:
- (a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables por servicios de anestésista, o
 - (b) Tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado, o
 - (c) Cobertura del treinta y cinco por ciento (35%) de los honorarios del cirujano principal.
- 2.1.8 HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE: Los honorarios del médico/cirujano asistente son los cargos del médico o cirujano que ayuda al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico. Están cubiertos solamente cuando el médico/cirujano asistente es médicamente necesario para determinada operación, y pre-aprobado por la Compañía. Los honorarios del médico/cirujano asistente están limitados al treinta por ciento (30%) de los honorarios del cirujano principal.
- 2.1.9 SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO: Se cubrirán todos los servicios, pruebas de laboratorio e imagen médicamente necesarios y usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas.
- 2.1.10 MEDICAMENTOS POR RECETA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: Los medicamentos por receta prescritos durante una hospitalización cubierta están cubiertos como se especifica en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.
- 2.1.11 PRÓTESIS E IMPLANTES DURANTE UNA CIRUGÍA: Estos elementos artificiales de uso quirúrgico serán cubiertos siempre que su uso sea plenamente justificado por una necesidad médica para que el Asegurado restablezca su condición de salud.
- 2.1.12 TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER: Incluye tratamiento integral médico para tratar esta condición, sea éste hospitalario o ambulatorio, incluyendo cirugía reconstructiva y rehabilitación.

2.2 BENEFICIOS POR TRATAMIENTO AMBULATORIO

- 2.2.1 SERVICIOS AMBULATORIOS: Los servicios ambulatorios incluyen todos los tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Estos pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas. Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario. Los servicios ambulatorios deben ser pre-aprobados, con excepción de las emergencias médicas y están sujetos al coaseguro y deducible correspondiente.
- 2.2.2 VISITAS A MÉDICOS ESPECIALISTAS: Incluye el costo de honorarios del médico tratante por cada una de las atenciones realizadas al Asegurado en su consultorio privado o intrahospitalarias.
- 2.2.3 MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos por receta que hayan sido prescritos para un tratamiento ambulatorio están cubiertos como se especifica en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado. El total de todos los gastos cubiertos, hasta el límite máximo, será aplicado primero contra el pago del deducible. Cuando los gastos excedan el valor del deducible, la Compañía pagará la diferencia entre la cantidad de gastos aplicada al deducible y el límite del beneficio para cubrir medicamentos por receta.

2.2.4 MEDICAMENTOS SUPLEMENTARIOS:

Los medicamentos suplementarios prescritos por receta medica están cubiertos hasta el límite máximo especificado en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente y se encuentran bajo este concepto:

- (a) Dispositivos, aparatos o sueros terapéuticos inyectables, incluyendo suministros para colostomía y prendas de soporte, independientemente del uso que se pretenda darles.
- (b) Supositorios de progesterona.
- (c) Los medicamentos o vacunas para prevenir alergias.

El total de todos los gastos cubiertos hasta el límite máximo será aplicado primero contra el pago del deducible. Cuando los gastos excedan el valor del deducible, la Compañía pagará la diferencia entre la cantidad de gastos aplicada al deducible y el límite del beneficio para cubrir medicamentos por receta.

2.2.5 TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER: Incluye todo tipo de tratamiento médico para esta condición, sea este hospitalario o ambulatorio, y rehabilitación.

2.2.6 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Se cubrirán los cuidados al Asegurado en su hogar que hayan sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, que sean necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y sean prescritos en lugar de la hospitalización. La atención médica en el hogar incluye los servicios fuera del hospital de profesionales certificados y autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad competente del país donde de otorgue el servicio fuera del hospital, y no incluyen los cuidados asistenciales. Dichos cuidados se cubrirán como se especifica en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente siempre y cuando sean pre-aprobados por la Compañía.

Este beneficio requiere de pre-aprobación; en caso de que ésta no sea solicitada, se aplicará un treinta por ciento (30%) de coaseguro adicional al contratado.

2.2.7 FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN: Se cubrirán por un período máximo como se especifica en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente siempre y cuando sean pre-aprobadas por la Compañía. Para obtener la aprobación es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

Este beneficio requiere de pre-aprobación; en caso de que ésta no sea solicitada, se aplicará un treinta por ciento (30%) de coaseguro adicional al contratado.

2.2.8 SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO: Se cubrirán todos los servicios, pruebas de laboratorio e imagen médicamente necesarios y usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas.

2.2.9 DIÁLISIS: Incluye todo tipo de gastos médicos necesarios para la ejecución de este tipo de tratamiento especializado, con excepción de la compra del equipo de riñón artificial personal o para uso residencial.

2.3 OTROS BENEFICIOS

2.3.1 EVACUACIÓN DE EMERGENCIA: El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada por la Autoridad Sanitaria Nacional o la autoridad competente donde se presente el servicio. El vehículo o aeronave utilizada deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas. Para el transporte por ambulancia aérea, se considerará también lo siguiente:

- (a) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser pre-aprobado por la Compañía y coordinado entre la Compañía, el Asegurado y/o proveedor médico.
- (b) La cantidad máxima pagadera por este beneficio es la especificada en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, por año póliza.
- (c) La Aseguradora opera a través de la modalidad abierta. Esto es, aquella por la cual el Asegurado elige al proveedor de los servicios médicos cubiertos. En consecuencia, el Asegurado se compromete a mantener a la Compañía o a cualquier otra compañía afiliada o vinculada con la misma, libre de toda responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios de transporte, incluidos reclamos por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.

2.3.2 CUIDADO DE MATERNIDAD: (Para los planes especificados en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente):

- (a) El beneficio máximo es el establecido en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente por cada embarazo, sin deducible, para la respectiva Asegurada.
- (b) Los tratamientos pre- y post-natal, parto normal, y parto por cesárea están incluidos dentro del beneficio máximo por embarazo estipulado en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.

- (c) Este beneficio aplica para embarazos cubiertos. Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha de inicio del embarazo es por lo menos sesenta (60) días después de la fecha efectiva de cobertura para la respectiva Asegurada.
- (d) Además de lo anterior, las siguientes condiciones relacionadas con el embarazo, la maternidad y el parto aplican a los hijos e hijas dependientes y sus hijos: En la fecha de aniversario después de que el hijo o hija dependiente cumpla los dieciocho (18) años de edad, él o ella deberá obtener cobertura para sí mismo(a) y su hijo(a) bajo su propia póliza individual si desea mantener la cobertura para su hijo(a). Él o ella deberá presentar una notificación por escrito, la cual será aprobada sin evaluación de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o menor, con un deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la Póliza anterior.
- (e) Para ser elegible para recibir cobertura por embarazo, maternidad y parto, la hija dependiente asegurada de dieciocho (18) años o más deberá presentar notificación del embarazo por escrito. Dicha notificación deberá ser recibida antes de la fecha del parto, y será aprobada sin evaluación de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o mayor, con un deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la Póliza anterior. Si no hay interrupción en la cobertura, el período de carencia de sesenta (60) días para la Póliza de la hija será reducido por el tiempo que ella haya estado cubierta bajo la Póliza de sus padres.
- (f) La cobertura para complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto está incluida como se especifica en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente y en la cobertura 2.3.4.
- (g) 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 allí definidos.

2.3.3 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

- (a) Si nace de un embarazo cubierto:
 - i. 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 Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, sin deducible.
 - ii. 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 salud 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 el formulario 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 al beneficio máximo descrito en la cobertura correspondiente. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.
- (b) 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 el formulario 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.
- (c) Inclusión intrauterina (aplica solo para planes con cobertura de embarazo): Si el embarazo se produjera durante el período de carencia, se podrá realizar la inclusión intrauterina del no nato. Esta inclusión podrá realizarse únicamente a partir de la semana veinte (20) hasta la semana treinta y dos (32) de embarazo. Para agregar al no nato a esta Póliza, deberá presentarse una solicitud de seguro de salud, la cual será 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 el formulario serán cubiertas bajo la suma asegurada de condiciones preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las condiciones particulares de la Póliza. La cobertura para la inclusión intrauterina del dependiente estará limitada a la red de proveedores definida por la Compañía y estará disponible en su página web. Para que el dependiente tenga cobertura para cualquier tratamiento necesario al nacer, el parto deberá ocurrir dentro de dicha red de proveedores. Una vez que se haya producido el parto, el(la) Asegurado(a) Principal podrá optar a incluir al recién nacido dentro de su plan sin restricción de red de proveedores llenando la solicitud de seguro de salud, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo; realizada la evaluación de riesgo, de ser el caso, las condiciones preexistentes declaradas en el formulario serán cubiertas bajo la suma asegurada de condiciones preexistentes y de acuerdo a lo indicado en las condiciones particulares de la Póliza. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

2.3.4 COMPLICACIONES DE MATERNIDAD, PARTO Y RECIÉN NACIDO (Para los planes especificados en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente): Las complicaciones del embarazo, la maternidad y/o del recién nacido durante el parto, tales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto estarán cubiertas como sigue:

- (a) La cobertura bajo esta Póliza está indicada en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, sin deducible.
- (b) Este beneficio solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones bajo las previsiones de “cuidado de maternidad” y “cobertura del recién nacido” de esta Póliza.
- (c) Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta Póliza, complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto, que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.
- (d) Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios están cubiertos bajo el total máximo de este beneficio.
- (e) Para propósitos de esta Póliza, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, maternidad y parto.
- (f) Las complicaciones causadas por una condición cubierta que ha sido diagnosticada antes del embarazo, y/o cualquiera de sus consecuencias, serán cubiertas de acuerdo con los límites de esta Póliza.
- (g) Las condiciones relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias serán cubiertas bajo el beneficio de Condiciones Congénitas y/o Hereditarias de esta Póliza.

Se ofrece la opción de un anexo de cobertura adicional para cubrir o extender la cobertura de complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto para la madre y el recién nacido solamente para Essential Care. Sin embargo, este anexo de cobertura adicional no está disponible para hijas dependientes.

2.3.5 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS: Se entiende por condiciones o enfermedades congénitas y hereditarias, cualquier condición o enfermedad existente antes del nacimiento, independientemente de la causa, y de si se manifestó o fue diagnosticada al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después. La cobertura para condiciones congénitas y/o hereditarias bajo esta Póliza es como sigue:

- (a) El beneficio máximo para la cobertura de condiciones que se manifiesten antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad es la cantidad específica indicada en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente para estos casos, el mismo que será por Asegurado y de por vida, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de Bupa, después de satisfacer el deducible correspondiente.
- (b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el Asegurado a los dieciocho (18) años de edad o después, será igual al límite máximo de esta Póliza, después de satisfacer el deducible correspondiente.
- (c) Las condiciones congénitas y/o hereditarias consideradas enfermedades raras y huérfanas o enfermedades catastróficas que sean tratadas en Ecuador tendrán cobertura como se especifica en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.
- (d) Si el recién nacido es producto de una maternidad cubierta, la cobertura será de acuerdo a las condiciones y al monto asegurado indicado en este beneficio.
- (e) En caso de tratarse de una condición preexistente declarada, la condición congénita o hereditaria estará cubierta bajo la suma asegurada para condiciones preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las condiciones particulares de la Póliza.

2.3.6 TRASPLANTE: La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejido humano, que se realice fuera del Ecuador se ofrece únicamente dentro de la red de proveedores internacionales de Bupa; en Ecuador no aplica red de proveedores ya que es de libre elección. Fuera del Ecuador, no se proporcionará cobertura fuera de la red de proveedores internacionales de Bupa. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es la especificada en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, por Asegurado, por diagnóstico, de por vida, después de satisfacer el deducible.

Este beneficio se encuentra sujeto a pre-aprobación de la Compañía. En caso de no haberse pre-aprobado, se aplicará un coaseguro adicional del treinta por ciento (30%).

Este beneficio incluye:

- (a) Cuidado antes del trasplante, el cual incluye todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante, preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de trasplante.
- (b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.

- (c) Los costos de la recolección, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante. Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales están incluidos en este beneficio, extracción del órgano y sus complicaciones.
- (d) El cuidado post-operatorio.
- (e) Cualquier medicamento o medida terapéutica utilizada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado
- (f) Cualquier cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería.
- (g) Cualquier complicación del donante.

2.3.7 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE: El tratamiento dental de emergencia es aquel necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto. Solamente tendrá cobertura bajo esta Póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y que se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes a dicho accidente.

2.3.8 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES (Sin costo de prima adicional): En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, la Compañía cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de esta Póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del Asegurado. Los trámites deberán ser realizados entre la Compañía, el Asegurado y/o el proveedor médico.

2.3.9 RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: Se cubrirá el costo derivado de la permanencia del Asegurado en un centro especializado en atención integral a pacientes con una enfermedad potencialmente mortal, en fase avanzada y que ya no responde al tratamiento curativo.

2.3.10 PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA INCLUIDAS EN TARIFA CERO: Se otorga cobertura bajo tarifa cero dentro del territorio ecuatoriano en la red ambulatoria definida por Bupa Ecuador y de acuerdo con los costos establecidos en el tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud. Aplica un período de carencia de treinta (30) días. El detalle de las coberturas de esta prestación se encuentra en el Anexo 1 que forma parte integrante de esta Póliza.

2.3.11 COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO A LA MUERTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL: En caso de que fallezca el Asegurado Principal, la Compañía proporcionará cobertura continua a los dependientes sobrevivientes bajo esta Póliza durante un (1) año sin costo alguno. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo esta Póliza y terminará automáticamente para los dependientes sobrevivientes para los cuales se haya emitido su propia Póliza por separado. Esta cobertura extendida no aplica para ningún anexo de cobertura opcional.

Este beneficio entrará en vigencia a partir de la siguiente renovación de la Póliza en caso de que el pago sea con frecuencia anual; en caso de que el pago sea fraccionado, el beneficio será a partir del último pago, siempre que la Póliza no haya sido cancelada anticipadamente.

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

2.3.12 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA: Si un médico cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado debe notificar a la Compañía o al administrador de reclamos que esta haya designado, por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la Compañía considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y convenido por ella. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por la Compañía. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Compañía también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el Asegurado y la Compañía. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirma la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

En caso de no presentar una segunda opinión quirúrgica en caso de que la Compañía lo requiera, el Asegurado será responsable por el treinta por ciento (30%) de coaseguro adicional para los gastos quirúrgicos y hospitalarios relacionados a ese diagnóstico y sus complicaciones.

2.3.13 TRATAMIENTOS ESPECIALES: Están cubiertos las prótesis, los dispositivos ortóticos, el equipo médico durable, implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los medicamentos altamente especializados siempre y cuando sean pre-aprobados y coordinados por la Compañía. El tratamiento especial será pagado por la Compañía o reembolsado según el costo que la Compañía hubiese incurrido si el tratamiento hubiere sido realizado por uno de sus proveedores.

2.3.14 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Siempre y cuando sea medicamento necesario, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es pre-aprobado por la Compañía.

2.3.15 CONDICIONES PREEXISTENTES: 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. Se proporciona cobertura para todas las condiciones preexistentes que el asegurado haya declarado en su solicitud de seguro de salud, por Asegurado, de acuerdo con las siguientes condiciones:

- (a) Estarán cubiertas inmediatamente de acuerdo con la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente cuando el asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha del inicio de vigencia, a menos que sean limitadas al menor de los beneficios estipulado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, indicado en el inciso (c).
- (b) Estarán cubiertas de acuerdo con la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses de la fecha del inicio de vigencia, cuando el asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha del inicio de vigencia, a menos que sean limitadas al menor de los beneficios estipulado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, indicado en el inciso (c).
- (c) Beneficio de ley para condiciones preexistentes: Las preexistencias especificadas en las Condiciones Particulares estarán cubiertas después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses contados a partir del día en que esta Póliza entra en vigor o, para los nuevos Asegurados, a partir de la fecha en que hayan sido añadidos a esta Póliza, hasta veinte (20) salarios básicos unificados por año.
- (d) Las preexistencias no declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de dar por terminado el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del Asegurado Principal de conformidad con el Código de Comercio, el Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria.
- (e) La Compañía podrá presentar reclamo administrativo, en la forma prevista en la ley, para alegar preexistencia no declarada al tiempo de la contratación, cuando considerare que el titular, usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado 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, en cuyo caso, la autoridad competente dirimirá el mismo, en mérito al expediente y a las pruebas actuadas.

2.3.16 **TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** Todos los gastos médicos proporcionados por un proveedor fuera de la red de proveedores internacionales de Bupa relacionados con un tratamiento médico de emergencia serán cubiertos y pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

2.3.17 **BRAZOS Y PIERNAS ARTIFICIALES:** Este beneficio cubre brazos, manos, piernas y pies artificiales hasta los límites especificados en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente. El beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial.

Los brazos y piernas artificiales serán cubiertos si el paciente es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial, sea prescrita por un médico y no de uso cosmético exclusivamente.

Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo.

La sustitución del dispositivo artificial está cubierta solamente cuando cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos y piernas artificiales deben ser pre-aprobadas por la Compañía.

2.3.18 **CONSULTAS POR MEDICINA ALTERNATIVA:** Se cubrirán las consultas y los tratamientos con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional o en el país donde se recibe el tratamiento, tal como se indica en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente. El beneficio aplica por visita; es decir que todos los gastos efectuados el mismo día contarán como una visita.

2.3.19 **TRATAMIENTO PARA OBESIDAD:** Incluye asesoría nutricional y suplementos alimenticios siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo con los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia o a los protocolos internacionales.

2.3.20 **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:** Se cubre cualquier método anticonceptivo hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.

2.3.21 **DESÓRDENES DEL SUEÑO:** Tratamiento para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, hasta el límite especificado en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.

2.3.22 **ENFERMEDADES DE TRASMISSION SEXUAL:** Los desórdenes relacionados con el virus del papiloma humano (VPH), y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente, estarán cubiertos hasta el límite máximo especificado en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.

2.4 COBERTURA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Las coberturas para personas con discapacidad estarán disponibles siempre que el asegurado sea calificado como persona discapacitada por la autoridad nacional competente de acuerdo con los lineamientos regulatorios de elegibilidad indicados en la Ley Orgánica de Discapacidades publicada el 25 de septiembre de 2012 y sus normas reglamentarias.

- Las condiciones preexistentes, incluyendo las enfermedades graves, catastróficas o degenerativas que sobrevengan como consecuencia de la discapacidad, serán cubiertas con un monto de cobertura mínima de veinte (20) salarios básicos unificados por año. Esta cobertura surtirá efecto transcurrido un período de 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.
- Las condiciones preexistentes relacionadas con la discapacidad serán cubiertas aun cuando la persona cambie de programa de salud o plan de medicina prepagada o aseguradora o empresa de medicina prepagada.
- La cobertura de cualquier condición médica y/o condición preexistente que no sea consecuencia de la discapacidad no estará sujeta a lo dispuesto en esta cláusula sino a las condiciones generales de la póliza.
- Las pólizas suscritas con personas con discapacidad tendrán una duración de al menos tres (3) años. En el caso de cancelación anticipada no motivada por parte del asegurado, el asegurado o afiliado perderá el derecho a la continuidad de cobertura prevista en el Artículo 25 de la Ley Orgánica de Discapacidades.

En caso de pólizas grupales, al cancelar anticipadamente la póliza el contratante, la persona con discapacidad podrá suscribir con la aseguradora una póliza individual por el tiempo remanente de los tres (3) años.

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

3. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

- 3.1 El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte del tratamiento, servicio o suministro:**
 - (a) Que no sea médicamente necesario; o**
 - (b) Para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o profesional calificado ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio; o**
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico; o**
 - (d) Que esté relacionado con el cuidado asistencial; o**
 - (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.**
- 3.2 Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.**
- 3.3 Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar y la emisión de certificados médicos.**
- 3.4 Cualquier enfermedad o lesión que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros treinta (30) días y que requieran cobertura ambulatoria y noventa (90) días para los que requieran cobertura hospitalaria contados desde la fecha efectiva de esta Póliza, con excepción de aquellas que representen una urgencia médica, en cuyo caso se cubrirá únicamente el tratamiento médico que reciba el Asegurado en la sala de emergencia para su estabilización inicial.**
- 3.5 Cirugía electiva o cosmética, o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad, o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta Póliza, o sea una condición preexistente declarada, las cuales tendrán cobertura bajo el beneficio de condiciones preexistentes de acuerdo con la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.**
- 3.6 Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes no declaradas, y como se estipula en la cobertura denominada “condiciones preexistentes”.**
- 3.7 Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la autoridad nacional competente, o por la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio.**
- 3.8 Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico, a menos que sean resultado de una condición cubierta. También se excluyen las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo y el síndrome de fatiga crónica.**
- 3.9 Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.**
- 3.10 Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la maternidad subrogada.**
- 3.11 El tratamiento o servicio por cualquier condición médica mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de aquellos servicios médicos mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por una enmienda o anexo de esta Póliza, o no cubiertas bajo esta Póliza.**

- 3.12 Cuidado podológico o podiátrico que sea cosmético o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
- 3.13 Todo tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con la maternidad durante el período de carencia de sesenta (60) días para la cobertura del cuidado del embarazo y la maternidad, excepto como se indica en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.
- 3.14 La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
- 3.15 Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.
- 3.16 Cualquier tratamiento o servicio dental relacionado con un accidente cubierto después de noventa (90) días de la fecha de dicho accidente.
- 3.17 La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Compañía.
- 3.18 Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula, o desórdenes de la articulación de la mandíbula, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo-mandibulares y otras condiciones de la mandíbula o de la articulación de la mandíbula que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.
- 3.19 Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier Asegurado bajo esta Póliza.
- 3.20 Los medicamentos sin receta médica o que no estén relacionados con un padecimiento o accidente cubierto por esta Póliza, así como tampoco lo siguiente:
- (a) Los medicamentos que no sean médicamente necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea médicamente necesario.
 - (b) Los medicamentos para tratar la dependencia al tabaco.
 - (c) Los medicamentos cosméticos, aunque sean recetados para propósitos no-cosméticos.
 - (d) Los cargos por suministrar, administrar o inyectar medicamentos, cuando estos no sean efectuados por un médico o un enfermero y que no sea parte del tratamiento indicado por el médico tratante.
 - (e) El resurtimiento de una receta médica que sobrepase el número de resurtimientos prescritos por el médico, o que se haga más de un año después de cuando se prescribió la última receta. Entiéndase por resurtimiento cuando la receta ha sido prescrita por el médico para rellenarse en más de una ocasión para la misma dolencia.
 - (f) Suplementos vitamínicos.
- 3.21 Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Compañía.
- 3.22 Almacenamiento de médula ósea, células madre, excepto sangre del cordón umbilical cuando así esté indicado en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las condiciones de esta Póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
- 3.23 Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.
- 3.24 Tratamiento de cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa, siempre y cuando no sea la profesión y fuente principal de ingresos del asegurado. Estas actividades peligrosas incluyen, mas no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
- 3.25 Cualquier tratamiento relacionado con procedimientos de trasplante, trasplante de órganos humanos, animales o artificiales, excepto cuando así esté indicado en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.
- 3.26 El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos.
- 3.27 Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual, impotencia e inadecuaciones sexuales.
- 3.28 Cualquier gasto relacionado con la hormona del crecimiento para el tratamiento de talla corta constitucional, excepto en casos de enfermedades consideradas catastróficas o enfermedades raras y huérfanas, tal como se definen en el Artículo 4 Definiciones de estas Condiciones Generales, y siempre que dichos tratamientos sean médicamente necesarios y pre-aprobados por la Compañía.

4. DEFINICIONES

- 4.1 ACCIDENTE: Evento desafortunado que ocurre de forma imprevista y súbita, provocado por una causa externa, siempre sin la intención de causarlo por parte del Asegurado, el cual provoca lesiones o trauma y requiere atención médica ambulatoria u hospitalización del paciente. La información médica relacionada con el accidente será evaluada por la Compañía, y la compensación será determinada de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza.
- 4.2 ACCIDENTE SERIO: Un trauma imprevisto que ocurre sin la intención del Asegurado, debido a una causa externa que provoca un impacto violento en el cuerpo, resultando en una severa lesión corporal demostrable que requiere hospitalización inmediata dentro de las primeras horas siguientes al trauma accidental para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. El dictamen de lesiones accidentales graves será determinado de común acuerdo entre el médico tratante y el médico de la Compañía, después de revisar las notas de evaluación inicial, y los expedientes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.
- 4.3 ACTIVIDADES PELIGROSAS: Cualquier actividad que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible.
- 4.4 AÑO CALENDARIO: Del 1º de enero al 31 de diciembre del mismo año.
- 4.5 AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la Póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.
- 4.6 ASEGURADO: La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro de salud, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada y ha comenzado por parte de la Compañía. El término "Asegurado" incluye al Asegurado Principal y a todos los dependientes cubiertos bajo esta Póliza.
- 4.7 ASEGURADO PRINCIPAL: El solicitante nombrado en la solicitud de seguro de salud. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
- 4.8 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Cuidados al Asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, y son necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y son prescritos en lugar de la hospitalización. La atención médica en el hogar incluye los servicios fuera del hospital de profesionales certificados y autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad competente del país donde se otorgue el servicio fuera del hospital, y no incluyen los cuidados asistenciales.
- 4.9 BLOQUE: Los Asegurados de un tipo de póliza (incluyendo el deducible) o un territorio.
- 4.10 CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO: Instalación médica debidamente autorizada por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad del país donde se presten los servicios, para realizar exámenes físicos completos.
- 4.11 CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento de esta Póliza que especifica el comienzo, las condiciones, la extensión, y cualquier limitación de la cobertura, y que enumera a todas las personas cubiertas bajo la misma.
- 4.12 CLASE: Los Asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo beneficios, deducibles, grupos de edad, país, plan, grupos por año, o una combinación de cualesquiera de éstos.
- 4.13 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO: Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo, la maternidad o el parto. Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.
- 4.14 COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO: Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.
- 4.15 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.
- 4.16 CONDICIÓN PREEXISTENTE: Es aquella condición:
- (a) Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la Póliza o de su rehabilitación, o
 - (b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha efectiva de la Póliza o su rehabilitación, o
 - (c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha efectiva de la Póliza.
- 4.17 CONDICIÓN TERMINAL: La enfermedad o condición activa, progresiva e irreversible la cual, sin los procedimientos de soporte de vida, causará la muerte del paciente en un futuro cercano, o bien un estado de inconsciencia permanente para el cual es improbable que haya recuperación.
- 4.18 CONVIVIENTE: Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el Asegurado Principal ha establecido una relación de unión de hecho, estable y monógama libre de vínculo matrimonial.
- 4.19 CUIDADO ASISTENCIAL: Ayuda con las actividades de la vida diaria (por ejemplo, bañarse, vestirse, afeitarse, alimentarse, ir al baño, etc.) que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería.

- 4.20 **DEPENDIENTE:** Los dependientes elegibles bajo esta Póliza son aquéllos que han sido identificados en la solicitud de seguro de salud y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los dependientes elegibles incluyen:
- (a) El o la cónyuge o conviviente del Asegurado Principal,
 - (b) Hijos biológicos,
 - (c) Hijos adoptados legalmente,
 - (d) Hijastros,
 - (e) Menores de edad para quienes el Asegurado Principal ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente, y
 - (f) Nietos nacidos bajo la cobertura de la Póliza que sean hijos de dependientes menores de dieciocho (18) años.
- 4.21 **DIAGNÓSTICO:** Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, síndrome, o cualquier condición médica mediante la observación de sus signos y síntomas característicos.
- 4.22 **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).
- 4.23 **EMBARAZO CUBIERTO:** Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha de inicio del embarazo es por lo menos sesenta (60) días después de la fecha efectiva de cobertura para la respectiva Asegurada.
- 4.24 **EMERGENCIA:** Condición médica 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.
- 4.25 **ENFERMEDAD:** Condición anormal del cuerpo humano, manifestada por signos, síntomas y/o hallazgos anormales en los exámenes médicos, que hacen esta condición diferente del estado normal del organismo.
- 4.26 **ENFERMEDAD CATASTRÓFICA:** Es aquella que cumple con las siguientes características:
- (a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
 - (b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente, y
 - (c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.
- 4.27 **ENFERMEDAD INFECCIOSA:** Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.
- 4.28 **ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS:** Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.
- 4.29 **ENFERMERO(A):** Profesional autorizado por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad competente del país donde se proporciona el servicio para proporcionar cuidados a enfermos.
- 4.30 **ENMIENDA:** Documento que la Compañía agrega a la póliza para aclarar, explicar o modificar la Póliza.
- 4.31 **EPIDEMIA:** La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.
- 4.32 **EXPERIMENTAL:** Todo servicio, procedimiento, dispositivo médico, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas por la autoridad nacional competente, o por la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio. Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la autoridad nacional competente, o de la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio, a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de la autoridad competente donde se lleve a cabo el tratamiento médico o se emitan las facturas.
- 4.33 **FECHA DE ANIVERSARIO:** Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de esta Póliza.
- 4.34 **FECHA DE RENOVACIÓN:** El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la Póliza.
- 4.35 **FECHA DE VENCIMIENTO:** La fecha en que la prima vence y debe pagarse.
- 4.36 **FECHA EFECTIVA:** Fecha en que comienza la cobertura bajo esta Póliza, tal como aparece en el certificado de cobertura. Esta fecha sólo será efectiva después que esta Póliza de seguro haya sido entregada al Asegurado y que haya expirado el derecho de diez (10) días para examinar la misma.
- 4.37 **HIJASTRO:** Niño nacido de o adoptado por el (la) cónyuge o conviviente del Asegurado Principal y que no ha sido adoptado legalmente por el Asegurado Principal.
- 4.38 **HOSPITAL:** Cualquier institución autorizada por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad del país donde se proporciona el servicio como centro médico o quirúrgico, y que: (a) está primordialmente dedicada a proporcionar

instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos, y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.

- 4.39 HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.
- 4.40 LESIÓN: Daño causado al organismo por una causa externa.
- 4.41 MÉDICAMENTE NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por la Compañía como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o dolencia o lesión y que esté de acuerdo con protocolos nacionales e internacionales establecidos por los organismos competentes. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:
- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o junior 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 (organismo regulador competente).
- 4.42 MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS: Son medicamentos con un alto costo unitario que tienen una importancia significativa para tratar al paciente fuera del hospital, los cuales son prescritos y supervisados por un especialista en condiciones poco comunes, severas o resistentes al tratamiento de primera elección.
- 4.43 MEDICAMENTOS POR RECETA: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.
- 4.44 MÉDICO O DOCTOR: Profesional debidamente autorizado por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad competente del país donde se proporciona el tratamiento y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión.
- 4.45 PAÍS DE RESIDENCIA: El país:
- (a) Donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza; o
 - (b) Donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la Póliza está en vigencia.
- 4.46 PANDEMIA: Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
- 4.47 PERÍODO DE GRACIA: El período de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la póliza, durante el cual la Compañía permitirá que la póliza sea renovada.
- 4.48 TRASPLANTE: Procedimiento durante el cual un órgano, célula o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula, o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.
- 4.49 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas.
- 4.50 RECEPTOR: La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.
- 4.51 RECIÉN NACIDO: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
- 4.52 RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.
- 4.53 RED DE PROVEEDORES INTERNACIONALES DE BUPA: Grupo de médicos y hospitales fuera del Ecuador aprobados y contratados para tratar a Asegurados en nombre de la Compañía. La lista de hospitales y médicos en la red de proveedores internacionales de Bupa está disponible en la Compañía o en su página de Internet y la cual tendrá validez por el año de vigencia de la póliza. En Ecuador, no aplica red de proveedores ya que es de libre elección.
- 4.54 RED DE PROVEEDORES PARA TRASPLANTES: Grupo de hospitales y médicos contratados en nombre de la Compañía con el propósito de proporcionar beneficios de trasplante al Asegurado. La lista de hospitales y médicos dentro de la red de proveedores para trasplantes está disponible en la Compañía o en su página de Internet. En Ecuador, no aplica red de proveedores ya que es de libre elección.
- 4.55 RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: Cuidados que el Asegurado recibe después de ser diagnosticado con una condición terminal, incluyendo cuidados físicos, psicológicos, y sociales, así como también adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos por receta. Este cuidado debe ser pre-aprobado por la Compañía.
- 4.56 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto del médico tratante.
- 4.57 SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.

- 4.58 **SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:** Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad competente del país donde se proporcione el servicio o tratamiento, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional y otros.
- 4.59 **SERVICIOS HOSPITALARIOS E INTERCONSULTAS:** El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el asegurado que ha sido hospitalizado. Estos servicios también incluyen llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos. El (la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o junior suite no se consideran servicios hospitalarios.
- 4.60 **SOLICITANTE:** La persona que firma la solicitud de seguro de salud para obtener cobertura.
- 4.61 **SOLICITUD:** Declaración por escrito en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la Compañía para determinar la aceptación o aprobación bajo las coberturas estipuladas bajo la ley vigente. La solicitud de seguro de salud incluye cualquier historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la Compañía antes de la emisión de esta Póliza.
- 4.62 **TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA:** Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el Asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.
- 4.63 **TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE:** Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.
- 4.64 **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.
- 4.65 **TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia o urgencia médica.
- 4.66 **USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR):** Es la cantidad máxima que la Compañía considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevalecientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

5. VIGENCIA

5.1 COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA

Sujeto a las coberturas de esta Póliza, los beneficios comienzan en la fecha efectiva de esta Póliza, no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura comienza a las 00:01 Horas de la fecha efectiva indicada en las condiciones particulares y termina a las 24:00 horas del día indicado en las condiciones particulares como fecha de expiración de vigencia.

Esta Póliza termina antes de la fecha de expiración en caso de:

- (a) Falta de pago de la prima en los plazos señalados en las condiciones particulares.
- (b) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar su cobertura
- (c) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar la cobertura para algún dependiente; o
- (d) Por notificación por escrito de la Compañía, según se establece en las condiciones de esta Póliza.

6. DEDUCIBLE

De acuerdo con el Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.

7. ELEGIBILIDAD

La Póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República del Ecuador con una edad mínima de dieciocho (18) años, excepto para dependientes elegibles. No hay edad máxima de suscripción o de renovación para Asegurados ya cubiertos bajo la Póliza.

Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o conviviente legal del Asegurado Principal, hijos o menores de edad para quienes el Asegurado Principal ha sido legalmente designado como tutor legal, que hayan sido identificados en la solicitud de seguro de salud de esta Póliza y para quienes se provee cobertura bajo esta Póliza.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Principal hasta los dieciocho (18) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes a tiempo completo (con un mínimo de doce (12) horas créditos por semana) en un colegio o universidad acreditado en el momento que esta Póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de esta Póliza, al cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes a tiempo completo.

Si un hijo dependiente contrae matrimonio, deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, cambia su país de residencia, o si el (la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el Asegurado Principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para estos dependientes terminará en la fecha del siguiente aniversario de esta Póliza.

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con la Compañía y que sean elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin necesidad de una evaluación de riesgo para una póliza con el mismo o con mayor deducible, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en esta Póliza. La solicitud de seguro de salud del antiguo dependiente debe ser recibida antes de terminar el período de gracia de esta Póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

8. PERÍODO DE CARENCIA

Esta Póliza contempla un período de carencia de treinta (30) días para tratamientos ambulatorios y de noventa (90) noventa días para hospitalizaciones, contados a partir del día en que esta Póliza entra en vigor o, para los nuevos Asegurados, en la fecha en que hayan sido añadidos a esta Póliza, excepto para la cobertura de condiciones preexistentes, donde se aplicará el período de carencia indicado en dicho beneficio. Durante este tiempo solamente estarán cubiertas las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.

Las condiciones preexistentes declaradas que se encuentren especificadas en las Condiciones Particulares y estén cubiertas bajo lo estipulado en el literal (c) del numeral 2.3.15 de esta Póliza, estarán cubiertas después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses contados a partir del día en que esta Póliza entra en vigor o, para los nuevos Asegurados, a partir de la fecha en que hayan sido añadidos a esta Póliza.

9. EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE CARENCIA

La Compañía exonerará el período de carencia solamente si:

- (a) El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año, y
- (b) La fecha efectiva de esta Póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y
- (c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro de salud, y
- (d) La Compañía recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro de salud.

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

10. CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA

El Asegurado debe notificar por escrito a la Compañía si cambia su país de residencia dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio. En caso de un cambio de país de residencia del Asegurado, independientemente de los años que esta Póliza haya estado en vigencia, y si el plan actual del Asegurado no está disponible en su nuevo país de residencia, la Compañía se reserva el derecho de cancelar la Póliza o modificar sus tarifas, deducibles o beneficios, general y específicamente, para poder ofrecerle al Asegurado una cobertura de seguro lo más equivalente posible.

Si el cambio de país de residencia es a los Estados Unidos de América y el Asegurado reside en ese país durante más de ciento ochenta (180) días continuos dentro de cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días, independientemente del tipo de visa que se le haya otorgado para ese propósito, la cobertura para cualquier condición estará limitada a la red de proveedores internacionales de Bupa hasta la fecha de la próxima renovación de la Póliza, cuando la cobertura bajo dicha Póliza terminará automáticamente.

La falta de notificación a la Compañía de cualquier cambio de país de residencia del Asegurado puede resultar en la cancelación de la Póliza, o en la modificación de la cobertura en la fecha del próximo aniversario, a discreción de la Compañía.

11. MONEDA

Todos los valores monetarios mencionados en esta Póliza son en dólares de los Estados Unidos de América.

12. PAGO DE LA PRIMA

El Asegurado Principal es responsable del pago a tiempo de la prima. La prima es pagadera al contado y por anticipado, contra recibo de la Compañía, cancelada por la persona autorizada para la cobranza en la fecha de renovación de la Póliza o en cualquier otra fecha de vencimiento que haya sido autorizada por la Compañía. Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía y la Compañía no garantiza la entrega de los mismos. Si el Asegurado no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, y no sabe el monto del pago de su prima, el Asegurado deberá comunicarse con su agente o agencia asesora productora de seguros o directamente con la Compañía.

13. PERÍODO DE GRACIA

En caso de que la Compañía, acepte dar facilidades de pago al Asegurado para cobrar la prima, la demora de treinta (30) días o más en el pago de cualquiera de las cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguro y dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos incurridos en la expedición del contrato, o estará obligada a devolver al Asegurado la prima no devengada, si fuere el caso.

El plazo de gracia de treinta (30) días, mencionado en el inciso anterior, no es aplicable al pago de la cuota inicial de la prima, ya que el contrato de seguro no se considera vigente mientras dicha cuota no haya sido pagada en efectivo.

El pago que se haga mediante la entrega de un cheque, no se reputa válido sino cuando éste se ha hecho efectivo, pero su efecto se retrotrae al momento de la entrega.

14. CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS

La Compañía informará al Asegurado Principal si esta Póliza está disponible para renovación para el siguiente año póliza con anticipación a la fecha de renovación.

Cada año póliza, la Compañía podrá cambiar la forma como calcula las primas, como determina las primas, el monto que el Asegurado Principal debe pagar y el método de pago. La Compañía también podrá cambiar los beneficios que están cubiertos y los límites de dichos beneficios, y los términos y condiciones de esta Póliza. No se realizarán incrementos adicionales a las tarifas o primas ante el apareamiento de enfermedades crónicas y catastróficas, sobrevinientes a la contratación, tampoco se negará la renovación de la póliza por dichas causas.

La Compañía enviará al Asegurado Principal 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 Principal 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.

A menos que el Asegurado Principal se comunique con la Compañía para expresar su deseo de no renovar la Póliza, la Compañía considerará que el asegurado ha aprobado dichos cambios y continuará procesando el pago de la prima usando los detalles de pago que el Asegurado Principal haya proporcionado a la Compañía.

15. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO

Durante la vigencia del presente contrato, el Asegurado podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, mediante notificación escrita a la Compañía, devolviendo el original de esta Póliza, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima no devengada.

Por su parte, la Compañía, de conformidad con la ley, se reserva el derecho de cancelar, no renovar, o modificar esta Póliza solamente en base al "bloqueo", según se define en esta Póliza, dando un preaviso de quince (15) días al Asegurado, y si no pudiese determinar el domicilio del Asegurado, la revocación del contrato será notificada mediante tres (3) avisos que se publicarán en un periódico de buena circulación en la ciudad que tenga su domicilio la Compañía, con intervalo de tres (3) días entre cada publicación. La Compañía ofrecerá cobertura lo más equivalente posible al Asegurado.

Ningún Asegurado individual será penalizado individualmente con la cancelación o modificación de esta Póliza, en base solamente a un historial desfavorable de reclamos. El envío de un reclamo fraudulento es también motivo para la rescisión o cancelación anticipada de esta Póliza por parte de la Compañía.

Cuando la Compañía dé por terminado el contrato deberá especificar claramente la fecha del mismo, en este caso la Compañía queda obligada a devolver al Asegurado la parte de la prima en proporción al tiempo no corrido, calculada a prorrata.

16. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DESPUÉS DEL VENCIMIENTO DE ESTA PÓLIZA

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.

17. CONDICIONES DE RENOVACIÓN

Conforme a las disposiciones aplicables, la Aseguradora no podrá negar la renovación de la Póliza por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el Asegurado Principal y/o contratante notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovar la Póliza cuando menos treinta (30) días hábiles antes de la fecha de vencimiento de la póliza. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento similares con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y con el certificado de habilitación emitido por el ACESS.

18. REHABILITACIÓN

Si la Póliza no fue renovada durante el período de gracia descrito en el numeral 13 de esta Póliza, puede ser rehabilitada durante los siguientes sesenta (60) días de haberse terminado el período de gracia, a discreción de la Compañía, siempre y cuando el Asegurado proporcione nueva evidencia de elegibilidad, la cual consistirá de una nueva solicitud de seguro de salud y cualquier otra información o documento requerido por la Compañía. Esta Póliza no podrá ser rehabilitada después de noventa (90) días de la fecha efectiva de terminación de la misma.

19. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de existencia de otros seguros que proporcionen los beneficios cubiertos por esta Póliza, el Asegurado tendrá libre elección de hacer uso de cualquiera de ellos, según le convenga y la diferencia al otro seguro, de manera que el total pagadero no sobrepase el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos; en ningún caso los beneficios de esta Póliza podrán duplicarse, acumularse, excederse del máximo estipulado en las condiciones particulares de esta Póliza. El incumplimiento de esta condición priva al Asegurado de todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

Fuera del Ecuador, la Compañía funcionará como la compañía principal, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra compañía.

20. CAMBIO DE PLAN O DEDUCIBLE

El Asegurado puede solicitar un cambio de plan o deducible en la fecha del aniversario de la Póliza y en tal caso la Compañía se reserva el derecho de efectuar previamente evaluación de riesgo. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura. Durante los primeros sesenta (60) días siguientes a la fecha efectiva del cambio de plan o deducible, los beneficios pagaderos por cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causados por un accidente estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo el nuevo plan o el plan anterior. Durante los doce (12) meses después de la fecha efectiva del cambio, los beneficios de maternidad, del recién nacido, de desórdenes congénitos, y trasplantes, estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo el nuevo plan o el plan anterior.

21. AVISO DE SINIESTRO

El Asegurado deberá obtener pre-aprobación por cualquier beneficio cubierto cuando así se indique en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente. El Asegurado deberá obtener una pre-aprobación subsecuente si los servicios para el beneficio cubierto no se reciben dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de la pre-aprobación original.

Se recomienda que el Asegurado notifique por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico para recibir pre-aprobación y que la Aseguradora pueda coordinar el pago directo. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

Si el Asegurado no se comunica con la Aseguradora como se establece en este numeral, se aplicará un coaseguro adicional del treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con la reclamación, además del deducible y el coaseguro contratado, si corresponden.

22. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE UN SINIESTRO

El Asegurado deberá presentar a la Compañía, los siguientes documentos dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio:

- (a) Formulario de reclamación completo
- (b) Facturas originales
- (c) Receta médica
- (d) Pedido de exámenes
- (e) Resultados de exámenes
- (f) Historia clínica completa
- (g) Informes médicos
- (h) Certificado médico con inicio de síntomas de patología, evolución de la enfermedad, tratamientos recibidos
- (i) Facturas internacionales
- (j) Comprobantes de pago
- (k) Pedido de procedimiento firmado y sellado por médico
- (l) Presupuesto de honorarios médicos
- (m) Para cuidado en el hogar, certificado médico indicando propósito del cuidado, detalle de actividades que realizara el personal, duración del cuidado, tiempo requerido
- (n) 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

Expresamente el Asegurado Principal y sus dependientes renuncian al secreto de sus expedientes médicos, los cuales podrán ser exigidos y conocidos por la Compañía.

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

La Compañía pagará las reclamaciones de servicios locales e internacionales en dólares americanos o en la moneda oficial del Ecuador. Cuando la Compañía convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el que corresponde a la fecha de servicio según lo indicado por la Compañía en su página web.

El Asegurado podrá siempre justificar, por fuerza mayor o caso fortuito, su imposibilidad de dar aviso oportuno del siniestro con el fin de no perder su derecho a reclamar la indemnización. En ningún caso el aviso de ocurrencia del siniestro podrá exceder al tiempo señalado en el artículo 26 del título XVII del libro I del Código de Comercio.

23. PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

- (a) La mala fe del Asegurado en la reclamación de siniestro o el incumplimiento de las obligaciones que le correspondería en caso de mismo.
- (b) Si el seguro hubiere sido contratado con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, tomando como base la fecha de emisión de esta Póliza.

24. PAGO DE RECLAMOS

La Compañía tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Compañía y/o la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular.

Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado. En caso de que el Asegurado Principal fallezca, la Compañía pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los herederos legales del Asegurado Principal. En cualquier caso, la Compañía deberá recibir la información necesaria para determinar la compensación antes de: (1) Aprobar un pago directo, o (2) Reembolsar al Asegurado Principal.

25. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará la indemnización correspondiente, salvo que formule objeciones, máximo hasta treinta (30) días después que el Asegurado haya presentado la notificación sobre la ocurrencia del siniestro, aparejada de los documentos que establece esta Póliza para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida.

La Compañía solamente procesa los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria del Asegurado Titular.

26. SUBROGACIÓN

En virtud del pago de la indemnización, la Compañía tiene el derecho de subrogación o reembolso hasta el monto de su importe por parte del Asegurado a quien ha pagado, o a favor del mismo, cuando el Asegurado haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad.

Además, la Compañía se reserva el derecho de proceder en nombre del Asegurado, asumiendo los gastos contra terceras personas que puedan ser responsables de causar un reclamo bajo esta Póliza, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamo bajo esta Póliza.

27. CESIÓN DE ESTA PÓLIZA

La presente Póliza no podrá cederse ni endosarse, antes o después del siniestro, sin previo conocimiento y autorización escrita de la Compañía. La cesión o endoso que se efectuare contraviniendo lo dispuesto en esta cláusula, privará al Asegurado o a quien éste hubiere transferido esta Póliza, de todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

28. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Acuerdo Directo: Las partes procurarán solucionar de modo directo las potenciales controversias que surjan de la aplicación de la presente póliza, para lo cual, la parte que se crea perjudicada planteará queja por escrito a la otra, en la que exprese su posición, dentro del término de siete (7) días, contado a partir de la negativa a cubrir el financiamiento de las prestaciones sanitarias o del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del Asegurado. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas quejas o apelaciones deben ser presentadas al comité de apelaciones de la Aseguradora en su domicilio principal. Al recibir la petición, el comité de apelaciones de la Aseguradora determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Si dentro del término de ocho (8) días posteriores a la presentación de

la queja no se llegare a una solución amistosa, la parte que se creyere perjudicada quedará en libertad de plantear el reclamo administrativo correspondiente, en los términos previstos en la Ley, otras acciones judiciales a que hubiere lugar, o mecanismo o procedimiento alternativos de solución de conflictos, a elección del actor.

29. RECLAMO ADMINISTRATIVO

La Compañía podrá objetar por escrito y motivadamente dentro del plazo antes mencionado en el numeral 25, el pago total o parcial del siniestro; no obstante, si el Asegurado o el beneficiario se allanan a las objeciones de la Compañía de seguros, ésta pagará inmediatamente la indemnización acordada.

Si el Asegurado o beneficiario no se allana a las objeciones de la Compañía, podrá presentar un reclamo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Este reclamo administrativo se someterá a lo previsto en la Ley General de Seguros, contenida en el libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero y a las normas de la Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, en cuanto a contar con el dictamen obligatorio y vinculante de la Autoridad Sanitaria Nacional cuando los asuntos controvertidos versen sobre temas sanitarios.

30. ARBITRAJE

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el Asegurado o beneficiario con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, en lugar de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo, a arbitraje o mediación. Los árbitros deberán, no obstante, juzgar más bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho escrito. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.

31. NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que haya de notificarse a la Compañía para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá efectuarse por escrito. Toda comunicación que la Compañía tenga que pasar al Asegurado deberá también hacerse por escrito y será hecha a la última dirección conocida por ella.

32. JURISDICCIÓN Y DOMICILIO

Cualquier litigio que se suscitare entre las partes con motivo del presente contrato, quedan sometidos a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deberán ser deducidas en el domicilio de ésta; las acciones contra el Asegurado o el beneficiario, en el domicilio del demandado.

33. PRESCRIPCIÓN

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta Póliza, prescriben en dos (2) años a partir del acontecimiento que les dio origen.

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

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

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control aprobó la presente póliza con el número de registro 50455, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00079959-O del 26 de septiembre de 2018.

ANEXO 1 PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA INCLUIDAS EN TARIFA CERO

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
RECIÉN NACIDO (0 A 28 DÍAS)	ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	Consulta médica pediátrica para control del niño sano (no incluye exámenes complementarios o interconsultas a otros especialistas), con evaluación de desarrollo físico (valoración nutricional) y evaluación clínica del desarrollo neuromuscular y psicomotriz según edad; detección clínica de riesgos visuales, auditivos y neuro-sensoriales.	1 vez consulta e información	NEONATÓLOGO/ PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR
	ASESORÍA PARA CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO (en consulta)	Información en la consulta médica pediátrica sobre: cuidado básico al neonato, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes; cuidados generales; estimulación; prevención y que tratamiento inicial se debe dar a las enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N.; Información para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo; Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación completa, y sobre cómo realizar estimulación psicomotriz; información sobre la suplementación de micronutrientes.		
	ATENCIÓN DE LABORATORIO EN EL RECIÉN NACIDO (previo al alta o hasta los 8 días de nacido)	Determinación al nacimiento de grupo y factor sanguíneo; información sobre la realización del tamizaje metabólico, tamizaje auditivo y sensorial.		

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
NIÑO DE 1 MES A 12 MESES	ATENCIÓN AL INFANTE	Consulta para control de niño sano que incluye: evaluación del bienestar del lactante; estado nutricional, evaluación clínica de riesgo visual, auditivo y displasia de cadera; detección de posible maltrato; evaluación clínica de desarrollo psicomotor, detección clínica de anomalías congénitas o problemas adquiridos; evaluación clínica de la dentición y prevención de caries dentales; detección clínica de desnutrición. (No incluye exámenes complementarios, ni interconsultas a otros especialistas).	6 consultas en el primer año de vida, en cada consulta de debe dar información y asesoría.	PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR
	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta)	Información sobre posibles problemas en el desarrollo psicomotor y lenguaje; información sobre estimulación visual; información y asesoría sobre resultados de tamizaje metabólico, visual y auditivo; información y asesoría sobre suplemento de micronutrientes (hierro y vitaminas).		

	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación; información referente a lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, inicio de alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Informar de la importancia de la higiene y salud oral; Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje; Informar y comunicar acerca de variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Asesoría para evitar riesgos de accidentes.		PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR
--	---	---	--	---

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
NIÑO/AS DE 1 A 5 AÑOS	ATENCIÓN AL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS (ambulatorio)	Consulta para control de niño sano, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz; riesgos acordes a la edad; detección de deficiencias y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de patologías infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición.	Consultas 2 veces al año hasta los 2 años de edad; posterior 1 vez por año; en cada consulta se debe otorgar asesoría e información	PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR
	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría en cada consulta para control de niño sano sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años; alimentación complementaria; importancia de la higiene y salud oral, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños; promoción de estimulación psicomotriz y de lenguaje; prevención del maltrato, accidentes; promoción de alimentación saludable; variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Uso de sustancias adictivas en padre o madre y repercusiones sobre los niños.		PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL
	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

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
NIÑO/AS DE 5 A 10 AÑOS	ATENCIÓN AL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS	Consulta para evaluación del bienestar del niño, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas), del estado nutricional, neuro muscular, psicomotriz y emocional; detección clínica temprana de enfermedades como pie plano, anomalías congénitas; detección clínica de enfermedades infecto-contagiosas y endémicas; detección clínica de desnutrición.	1 consulta médica por año; durante cada consulta se debe otorgar asesoría e información)	PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR

	<p>ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)</p>	<p>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.</p>		<p>PEDIATRA / MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR</p>
	<p>INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta)</p>	<p>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.</p>		<p>PEDIATRA / MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR</p>

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
<p>ADOLESCENTES 11 A 19 AÑOS</p>	<p>ATENCIÓN AL ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS</p>	<p>Consulta para evaluación clínica del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad.</p>	<p>1 vez al año, durante la consulta se de otorgar información y asesoría</p>	<p>MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR</p>
		<p>Peso, talla, IMC, TA; detección clínica temprana de embarazo, infecciones de transmisión sexual y trastornos alimenticios, enfermedades infecto-contagiosas.</p>		
		<p>Evaluación de hábitos no saludables, deficiencias y/o discapacidades; (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otra especialidad)</p>		
	<p>ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)</p>	<p>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.</p>		
	<p>INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta)</p>	<p>Asesoría en consulta para evaluación de bienestar, desarrollo y estado de salud, sobre: salud sexual y reproductiva; métodos anticonceptivos; promover la autoconfianza de los adolescentes, fortalecer el vínculo afectivo con la familia, entregar información y educación sobre hábitos saludables, higiene, salud oral; variaciones normales en el desarrollo del/ la adolescente. Asesoría sobre inicio de vida sexual y derechos del adolescente, acoso sexual, acoso escolar (bullying).</p>		

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
EMBARAZO SOLO PARA PLANES CON COBERTURA DE MATERNIDAD	CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO SIN RIESGO	Control Prenatal de 4 a 6 visitas, incluye: <ul style="list-style-type: none"> · Consulta gineco-obstétrica. · Valoración e interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno · Clasificación de riesgo obstétrico. · Evaluación de bienestar fetal. 	6 controles y al menos un control antes de las 20 semanas	MÉDICO GENERAL/ GINECO-OBSTETRA MÉDICO FAMILIAR
	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría en cada consulta para brindar información sobre la preparación del parto, necesidades nutricionales y suplementación alimenticia con hierro y ácido fólico, lactancia materna, cuidado del recién nacido, salud oral y salud mental; consejería sobre riesgos de VIH e ITS durante el embarazo y parto; prevención y detección de violencia, maltrato, abuso de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, promoción del parto seguro.		
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA EN EL EMBARAZO	Consulta por odontología para control de salud oral en la mujer embarazada, que incluya evaluación clínica, consejería, higiene y profilaxis.	2 veces durante la gestación	ODONTÓLOGO
	DETECCIÓN DE RIESGOS POR EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO	Realización de exámenes de laboratorio: biometría hemática, hematocrito, elemental y microscópico de orina, tipificación de grupo y factor sanguíneo, TP, TTP, urea, glucosa y creatinina, VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con IgG e IgM, PapTest antes de las 20 semanas	1 vez durante el embarazo	LABORATORIO
MUJERES EN EDAD FÉRTIL -MEF	ATENCIÓN INTEGRAL POSTPARTO	Consulta médica para evaluación del estado de salud puerperal y referencia a planificación familiar y anticoncepción. (No incluye exámenes de gabinete).	1 consulta entre la semana 1 a 6 post parto	MÉDICO GENERAL/ GINECO-OBSTETRA/ MÉDICO FAMILIAR
	CONTROL DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL	Consulta ginecológica para evaluación de estado de salud y detección de enfermedades de transmisión sexual. (No exámenes de gabinete, ni interconsulta con otro especialista).	1 vez al año, durante la consulta se debe otorgar información y asesoría	GINECO-OBSTETRA/ MÉDICO FAMILIAR
	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría para brindar información sobre planificación familiar, embarazo, hábitos saludables, salud oral y salud mental.		
		Consejería para prevención de VIH e ITS; prevención y detección de violencia, maltrato, consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, acoso laboral y acoso sexual.		

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
ADULTO JOVEN DE 20-49 AÑOS	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infecto-contagiosas y de transmisión sexual, detección del consumo de sustancias adictivas (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)	MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR
	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	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
ADULTO/A DE 50 A 64 AÑOS	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infecto-contagiosas y de transmisión sexual.	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)	MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR
		Detección de riesgos de salud mental como: consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; intento de suicidio, entre otros (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).		
	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría e información sobre condiciones de envejecimiento saludable; consejería para prevención de enfermedades de transmisión sexual; información sobre acciones preventivas para traumatismos, caídas y accidentes.		

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación del estado de salud, que incluya examen físico, y anamnesis, identificación de factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo.		MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR/ MÉDICO GERIATRA
		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.		
	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría, información y promoción de prácticas de nutrición, salud oral, salud sexual y salud mental; información sobre discapacidades y ayudas técnicas; promoción de condiciones de envejecimiento saludable.		

