



# BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

## Anexo de Condiciones Específicas Plan Essential Care

Queda entendido y convenido que el presente Anexo forma parte integrante de las condiciones generales de la póliza de seguro de asistencia médica Bupa Essential.

### 1. TABLA DE BENEFICIOS

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia del Plan Essential Care está sujeta a los términos y condiciones de la Póliza. Todos los beneficios son por Asegurado, por año póliza, a menos que en la Tabla de Beneficios del presente Anexo se especifique de otra manera.

Cobertura Geográfica: El Plan Essential Care ofrece cobertura como se indica a continuación:

Plan	Cobertura
Essential Care	Mundial, incluyendo los Estados Unidos de América

Sin embargo, ni la Compañía ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes aplicables vigentes, o por la ley aplicable vigente en el país donde se realice el tratamiento o se reciba el servicio. Por favor comuníquese con la Compañía para obtener más información sobre esta restricción.

Coaseguro:

Plan	Coaseguro
Essential Care	Solamente el beneficio de Medicamentos por Receta está sujeto a coaseguro, como se indica en la Tabla de Beneficios del presente Anexo.

Red de Proveedores: A menos de que se especifique lo contrario, esta Póliza proporciona cobertura en el exterior únicamente dentro de la red de proveedores internacionales de Bupa correspondiente a este producto, excepto para emergencias, las cuales están cubiertas bajo la cobertura de "tratamiento médico de emergencia".

- La red de proveedores internacionales de Bupa aplicable a este producto tiene vigencia anual y está disponible a través de la Compañía o en su página de Internet.
- Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la red de proveedores, todo tratamiento médico deberá ser notificado por el Asegurado y coordinado por la Compañía.
- A menos de que se especifique lo contrario, la cobertura de esta Póliza dentro del Ecuador es de libre elección de proveedores médicos.

Plan	Cobertura
Cobertura máxima por Asegurado, por año póliza	US\$2,000,000

Beneficios por hospitalización	Cobertura
Servicios hospitalarios e interconsultas	100%
Habitación y alimentación (privada/semiprivada)	100%
Unidad de cuidados intensivos	100%
Honorarios del médico/cirujano	100%
Honorarios del anestesista	100%
Honorarios del médico/cirujano asistente	100%
Servicios de diagnóstico dentro del protocolo	100%
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%

Código Aprobación ACESS N°: Opción 1: 012-010-0026; Opción 2: 012-010-0027; Opción 3: 012-010-0028; Opción 4: 012-010-0029; Opción 5: 012-010-0030; Opción 6: 012-010-0031

Prótesis e implantes durante cirugía	100%
Tratamiento integral del cáncer y rehabilitación	100%
Cama y alimentación para acompañante de menor de edad o adulto mayor de 75 años hospitalizado, por año, por persona. Los gastos de alimentación se cubrirán únicamente cuando la atención sea recibida en cualquier hospital de la red pública del Ecuador.	US\$50

Beneficios por tratamiento ambulatorio	Cobertura
Servicios ambulatorios	100%
Visitas a médicos y especialistas <ul style="list-style-type: none"> <li>En Ecuador</li> <li>Fuera de Ecuador</li> </ul>	100%
Cirugía ambulatoria	100%
Medicamentos por receta: <ul style="list-style-type: none"> <li>Después de hospitalización o cirugía ambulatoria</li> <li>Tratamiento ambulatorio o sin hospitalización</li> <li>Medicamentos suplementarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>US\$10,000 (Máx. 6 meses)</li> <li>US\$5,000 (con 20% coaseguro)</li> <li>US\$50</li> </ul>
Tratamiento integral del cáncer y rehabilitación (incluye trasplante de médula osea)	100%
Atención médica en el hogar, máximo 60 días por año póliza (debe ser pre-aprobada): <ul style="list-style-type: none"> <li>En Ecuador</li> <li>Fuera de Ecuador, máximo por día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De acuerdo con el costo usual, acostumbrado y razonable</li> <li>US\$200</li> </ul>
Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada)	100% Máx. 40 sesiones por año póliza
Servicios de diagnóstico dentro del protocolo	100%
Diálisis	100%

Otros beneficios	Cobertura
Evacuación de emergencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia aérea, por año póliza (debe ser pre-aprobada). Incluye viaje de regreso, sin costo de prima adicional.</li> <li>Ambulancia terrestre</li> <li>Repatriación de restos mortales, sin costo de prima adicional.</li> </ul> La coordinación deberá ser realizada entre la Compañía, el Asegurado y/o el proveedor médico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>US\$25,000</li> <li>100%</li> <li>US\$5,000</li> </ul>
Cuidado de maternidad, por embarazo (incluye parto normal, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal). <ul style="list-style-type: none"> <li>Período de carencia de 60 días</li> <li>No aplica deducible ni coaseguro</li> <li>Si el embarazo se produjere dentro del período de carencia, se otorgará la cobertura definida bajo tarifa cero y de acuerdo con los términos y condiciones allí definidos.</li> </ul>	US\$2,000 Solo Planes 1, 2 y 3
Almacenamiento de sangre de cordón umbilical	No cubre

Código Aprobación ACESS N°: Opción 1: 012-010-0026; Opción 2: 012-010-0027; Opción 3: 012-010-0028; Opción 4: 012-010-0029; Opción 5: 012-010-0030; Opción 6: 012-010-0031

Complicaciones de maternidad, parto y del recién nacido <ul style="list-style-type: none"> <li>• Período de carencia de 60 días</li> <li>• No aplica deducible ni coaseguro</li> </ul>	Incluido en el límite indicado en el beneficio Cuidado de maternidad
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) <ul style="list-style-type: none"> <li>• No aplica deducible ni coaseguro</li> </ul>	US\$10,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticadas antes de los 18 años (máximo de por vida)</li> <li>• Diagnosticadas a los 18 años o después</li> <li>• Condiciones congénitas y/o hereditarias consideradas enfermedades raras y huérfanas o enfermedades catastróficas que sean tratadas en Ecuador (máximo de por vida)</li> </ul> <p>Si el recién nacido es producto de una maternidad cubierta, la cobertura será de acuerdo con las condiciones y al monto asegurado indicado en este beneficio. 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• US\$100,000</li> <li>• 100%</li> <li>• US\$1,000,000</li> </ul>
Trasplantes	No cubre
Brazos y piernas artificiales	US\$30,000 Máx. US\$120,000 de por vida
Tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente	100%
Residencia y cuidados paliativos	100%
Reconocimiento médico de rutina, en adición a las prestaciones de prevención Primaria incluidas en tarifa cero	No cubre
Cobertura extendida para dependientes elegibles debido a la muerte del Asegurado Principal	1 año sin costo
Segunda opinión quirúrgica requerida. En caso de no presentar una segunda opinión quirúrgica cuando la Aseguradora lo requiera, el Asegurado será responsable por el 30% de coaseguro adicional para los gastos quirúrgicos y hospitalarios relacionados a ese diagnóstico y sus complicaciones.	100%
Tratamientos especiales (limitados a pre-aprobación de la Compañía)	100%
Deformidad de la nariz y del tabique nasal (cobertura por casos de accidente y ser médicamente necesario)	100%
Tratamiento médico de emergencia, incluso fuera de la red	100%
Condiciones preexistentes Beneficio de ley para condiciones preexistentes, de acuerdo con lo establecido en el literal c del numeral 2.3.15 de las Condiciones Generales de la Póliza.	Hasta 20 salarios básicos unificados por año póliza.
Médico a domicilio	No cubre
Desórdenes del sueño (período de carencia de 30 días)	US\$50
Tratamiento por obesidad (período de carencia de 30 días)	US\$50
Enfermedades de transmisión sexual (período de carencia de 90 días en hospitalario y 30 días en ambulatorio)	US\$50
Métodos anticonceptivos (período de carencia de 30 días)	US\$50
Servicios exequiales, sin costo de prima adicional	No cubre
Consultas por medicina alternativa y ancestral (incluye tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento)	US\$50

**Código Aprobación ACESS N°: Opción 1: 012-010-0026; Opción 2: 012-010-0027; Opción 3: 012-010-0028; Opción 4: 012-010-0029; Opción 5: 012-010-0030; Opción 6: 012-010-0031**

Prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero (período de carencia de 30 días) El detalle de las coberturas de esta prestación se encuentra en el Anexo 1 de las Condiciones Generales Bupa Essential y que forma parte integrante de la Póliza.	100%
Cuidado dental	No cubre

### Notas sobre beneficios

Toda hospitalización y tratamiento que se lleve a cabo en un hospital en el exterior debe realizarse en un hospital de la red de proveedores internacionales de Bupa correspondiente a este producto. En el Ecuador, la red de proveedores para toda hospitalización y tratamiento es a libre elección a menos de que se especifique lo contrario.

Todos los costos están sujetos a lo usual, acostumbrado y razonable para el procedimiento y área geográfica.

Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta Póliza, se requieren copias de los resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro reporte o resultado de exámenes clínicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo. No se permitirá la exclusión de gastos en salud incurridos por el usuario para el diagnóstico diferencial o definitivo, siempre y cuando éstos estén de acuerdo con las guías de práctica clínica, protocolos nacionales o internacionales.

Los Asegurados deben notificar a la Compañía antes de comenzar cualquier tratamiento.

Todos los beneficios están sujetos al deducible contratado, a menos que el beneficio se indique textualmente que no aplica deducible.

Los detalles completos de los términos y condiciones de esta Póliza se encuentran en las secciones de coberturas, exclusiones y definiciones de la misma. La tabla de beneficios es solamente un resumen de la cobertura.

## 2. DEDUCIBLE

Se entiende por deducible la cantidad de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la Póliza sean pagaderos. Los gastos incurridos en el Ecuador están sujetos al deducible en este país. Los gastos incurridos fuera del Ecuador están sujetos al deducible fuera del país de residencia.

Las opciones de deducible anual ayudan a reducir el precio del seguro; mientras más alto sea el deducible, tanto menor será la prima. Las siguientes son las opciones de deducibles.

	OPCIONES (Dentro/Fuera del Ecuador)					
	1 <sup>(*)</sup>	2	3	4	5	6
<b>Essential Care</b>	US\$0/ US\$1,000	US\$1,000/ US\$2,000	US\$2,000/ US\$3,000	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000

(\*) Este plan de deducible solamente está disponible para renovaciones del mismo plan de deducible.

- Un (1) deducible por Asegurado, por año póliza, hasta el máximo del deducible fuera del país de residencia.
- Un máximo de dos (2) deducibles por póliza, por año póliza, hasta satisfacer un máximo de dos (2) deducibles fuera del país de residencia. Si el deducible dentro del país de residencia ya ha sido satisfecho, y posteriormente se reciben servicios médicos fuera del país de residencia, la diferencia entre el deducible dentro del país de residencia y el deducible fuera del país de residencia será responsabilidad del Asegurado.
- Los gastos elegibles cuya fecha de servicio haya iniciado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del Asegurado para el siguiente año póliza.
- En caso de un accidente serio, tal como se lo indica en las definiciones de esta Póliza, no se aplicará ningún deducible durante el período de la primera hospitalización.

**Código Aprobación ACESS N°: Opción 1: 012-010-0026; Opción 2: 012-010-0027; Opción 3: 012-010-0028; Opción 4: 012-010-0029; Opción 5: 012-010-0030; Opción 6: 012-010-0031**

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

\_\_\_\_\_  
Quito, %splongdate%

Lugar y fecha



\_\_\_\_\_  
**Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros**

Firma autorizada

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
**Contratante**

Firma

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 el presente anexo con el número de registro 50459, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00079959-O del 26 de septiembre de 2018.

**Código Aprobación ACESS N°: Opción 1: 012-010-0026; Opción 2: 012-010-0027; Opción 3: 012-010-0028;  
Opción 4: 012-010-0029; Opción 5: 012-010-0030; Opción 6: 012-010-0031**