

CONDICIONES  
GENERALES  
CORPORATE CARE

EMPRESARIAL-  
CORPORATIVO





# CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA DE GRUPO CORPORATE CARE EMPRESARIAL - CORPORATIVO

En este documento, y tal como se describe en el numeral 4 “Definiciones”, el término “**Compañía**” se refiere a Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros, el término “**Administrador de Grupo**” se refiere al representante autorizado por el **contratante** con quien la **Compañía** ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a los **asegurados** bajo este seguro de asistencia médica de grupo, y el término “**Asegurado Titular**” se refiere al **asegurado** principal nombrado en el **Certificado de Cobertura**. Previo al pago de la prima, la **Compañía** se compromete a cubrir al **Asegurado Titular** los beneficios estipulados en esta **póliza** y sujeto a los términos y condiciones de la misma.

El **contrato** de seguro entre el **contratante** y la **Compañía** tiene validez de un (1) año. El **contrato** puede ser devuelto a la **Compañía** durante los diez (10) días siguientes a su recibo para el reembolso de todas las primas pagadas. De ser devuelto, el **contrato** será considerado nulo como si nunca hubiese sido emitido.

Los términos destacados en **negrilla** se encuentran definidos en el numeral 4 “Definiciones” de este documento.

## 1. AMPARO BÁSICO

### 1.1 COBERTURA

La **Compañía** se compromete a proporcionar a los **asegurados** bajo este seguro de asistencia médica de grupo los beneficios descritos en el **contrato**. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones del **contrato**. El **contrato** está gobernado por un acuerdo entre el **Administrador de Grupo** y la **Compañía**, el cual cubre los términos y condiciones de la **póliza**. Esto significa que no hay un contrato legal entre el **Asegurado Titular** y la **Compañía**.

En caso de que los **asegurados** del grupo tengan residencia en un país diferente al Ecuador, los beneficios ofrecidos bajo este **contrato** no garantizan el cumplimiento de los requisitos obligatorios de su **país de residencia**. El **contrato** solamente puede ser ejecutable por las partes. No se otorga el derecho para ejecutar ni ningún otro derecho a terceras partes, incluyendo aquéllas que se describen en el **contrato**.

### 1.2 ADMINISTRACIÓN

El **Administrador de Grupo** designado contará con el correspondiente nivel de autoridad para desempeñar las responsabilidades administrativas del grupo y pagar las primas. Si el **Administrador de Grupo** involucrara a una tercera parte para fungir como intermediario, el **Administrador de Grupo** será el único responsable por los actos u omisiones de dicha tercera parte. Ningún intermediario, agente o consultor tiene la autoridad para hacer o confirmar cambios al **contrato** en nombre de la **Compañía**, o para exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que el **contrato** ha sido firmado, ningún cambio será válido a menos que sea específicamente acordado entre el **contratante** y la **Compañía**, y que el **contrato** sea modificado por medio de un **endoso o enmienda**.

### 1.3 DOCUMENTOS

Las Condiciones Generales de la **póliza**, las **Condiciones Especiales**, las Condiciones Particulares, los **Certificados de Cobertura** y las tarjetas de identificación ofrecen información sobre la cobertura, la cual está sujeta a cualquier cambio a los términos y condiciones acordados entre la **Compañía** y el **contratante**. El **Administrador de Grupo** es responsable de informar a los **Asegurados Titulares** sobre cualquier cambio en los términos y condiciones que afecte la **póliza**. El **Certificado de Cobertura** contiene información sobre las condiciones y **tratamientos** con restricción o exclusión de cobertura que correspondan a cualquiera de los **asegurados** en base a su historial médico.

#### 1.3.1 DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO

Este **contrato** de seguro se compone de, y constituye el **contrato** completo entre la **Compañía** y el **contratante**:

- las Condiciones Generales de la **póliza**,
- las **Condiciones Especiales**, las cuales tienen prelación sobre las Condiciones Generales de la **póliza**,
- las **Condiciones Particulares**
- la **Solicitud de Seguro de Salud de Grupo**,
- el **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico** de todos los **asegurados**
- los **Certificados de Cobertura** que la **Compañía** extiende los **Asegurados Titulares**, y
- cualquier **anexo, endoso o enmienda**.

El **contrato** está basado en la **Solicitud de Seguro de Salud de Grupo**, el **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico** de todos los **asegurados** cuando corresponda, y el pago de la prima. Si alguna información en cualquiera de los documentos mencionados anteriormente está incorrecta o incompleta, o si se ha omitido alguna información, el **Administrador de Grupo** y/o el **Asegurado Titular** deberán proporcionar a la **Compañía** una notificación por escrito con la información correcta. El no cumplir con este requisito podrá resultar en que el **contrato** o la **póliza** sean rescindidos o cancelados, o que la cobertura sea modificada a la sola discreción de la **Compañía**.

Ningún reglamento interno del **contratante** o acuerdo oral tiene validez sobre el **contrato**, a menos de que hayan sido incluidos como parte del mismo antes de que fuera sido firmado. Una vez que el **contrato** ha sido firmado, los

únicos cambios que pueden hacerse al mismo son los **anexos** de cobertura adicional, **endosos o enmiendas** que hayan sido acordados por ambas partes. La **Compañía** puede cancelar, modificar o anular el **contrato** si el **contratante** o el **Administrador de Grupo** han engañado o ha tratado de engañar a la **Compañía** de cualquier forma, ya sea intencionalmente o por descuido.

### 1.3.2 ENTREGA DE DOCUMENTOS

Las Condiciones Generales de la **póliza**, las **Condiciones Particulares** y **Condiciones Especiales**, el **Certificado de Cobertura** y la tarjeta de identificación ofrecen información sobre la cobertura, la cual está sujeta a cualquier cambio en los términos y condiciones acordados entre la **Compañía** y el **contratante**. El **Administrador de Grupo** es responsable de informar a los **Asegurados Titulares** sobre cualquier cambio a los términos y condiciones que afecte la **póliza**. Las **Condiciones Particulares** contienen información sobre las condiciones y **tratamientos** con restricción o exclusión de cobertura—si existe—que correspondan a cualquiera de los **asegurados** en base a su historial médico.

## 2. COBERTURA Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS

### 2.1 BENEFICIOS CUBIERTOS

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

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

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

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

### 2.2 BENEFICIOS DENTRO DE 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 provisión de “**tratamiento médico de emergencia**”.

- (a) 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.
- (b) 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**.
- (c) A menos de que se especifique lo contrario, la cobertura de esta **póliza** dentro del Ecuador es de libre elección de proveedores médicos.

### 2.3 TABLA DE BENEFICIOS

De acuerdo con el Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente seleccionado por el **Administrador de Grupo** y que se encuentra especificado en las **condiciones particulares** de la **póliza** y en los **certificados de cobertura** individual.

Las opciones de plan disponibles son:

- Plan 1: **Suma asegurada** US\$5,000,000
- Plan 2: **Suma asegurada** US\$1,000,000
- Plan 3: **Suma asegurada** US\$2,000,000

### 2.4 BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

#### 2.4.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS E INTERCONSULTAS

Se proporciona cobertura solamente cuando la **hospitalización** es **médicamente necesaria**.

- (a) Para cobertura fuera de la **red de proveedores internacionales de Bupa**:
  - i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el **hospital** están limitadas al beneficio máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.
  - ii. La habitación y alimentación en la unidad de **cuidados intensivos** están limitadas al beneficio máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.
- (b) Para cobertura dentro de la **red de proveedores internacionales de Bupa**:
  - i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el **hospital** están cubiertas al cien por ciento (100%) de la cantidad **usual, acostumbrada y razonable** para cargos hospitalarios.
  - ii. La habitación y alimentación en la unidad de **cuidados intensivos** están cubiertas al cien por ciento (100%) de la cantidad **usual, acostumbrada y razonable** para cargos hospitalarios.
- (c) Los cargos por **hospitalización** no serán cubiertos si el procedimiento pudo haber sido realizado como **tratamiento ambulatorio**.
- (d) El **tratamiento de emergencia** está cubierto como se estipula en el numeral 2.8.6.

## 2.4.2 HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA

Los honorarios de **médicos**, cirujanos, anestelistas, cirujanos asistentes, **especialistas** y cualquier otro honorario médico o de enfermería solamente están cubiertos cuando son **médicamente necesarios** durante la cirugía o **tratamiento**. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:

- Los honorarios **usuales, acostumbrados y razonables** para el procedimiento, o
- Las tarifas especiales establecidas por la **Compañía** para un área o país determinado.

## 2.4.3 MEDICAMENTOS POR RECETA

Los medicamentos prescritos durante una **hospitalización** están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.

## 2.4.4 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO

Los cargos de **hospital** por patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET), ultrasonido, endoscopia y otros **procedimientos de diagnóstico** están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente cuando dichos procedimientos sean recomendados por un **médico** para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente, y cuando son realizados en el **hospital** como parte de la **hospitalización**.

## 2.5 BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

### 2.5.1 CIRUGÍA AMBULATORIA

Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un **hospital**, clínica o consultorio médico están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente. Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

### 2.5.2 SERVICIOS AMBULATORIOS

Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es **médicamente necesario**.

- Honorarios por visitas a **médicos** y **especialistas**: Los honorarios por visitas a **médicos** y **especialistas** por una **consulta** realizada como servicio ambulatorio están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.
- Procedimientos de diagnóstico** ambulatorios dentro del protocolo: Los cargos por exámenes de laboratorio radiografías, ecocardiogramas, ultrasonido, imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), procedimientos endoscópicos y otros **procedimientos de diagnóstico** están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente cuando han sido recomendados por el **médico** del paciente para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente.

### 2.5.3 MEDICAMENTOS POR RECETA

Los **medicamentos por receta** que hayan sido prescritos por primera vez después de una **hospitalización** o cirugía ambulatoria por una condición médica cubierta bajo esta **póliza** están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente. Una vez finalizada la cobertura de **medicamentos por receta** después de una **hospitalización**, se aplicará la cobertura de medicamentos ambulatoria o sin **hospitalización**. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del **médico** que atiende al **asegurado**.

### 2.5.4 FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Los servicios de fisioterapia y rehabilitación están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente y no separadamente por condición o terapia. Los servicios deben ser pre-aprobados por la **Compañía**. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de **tratamiento** actualizado para obtener aprobación.

### 2.5.5 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR

Después de una **hospitalización** cubierta, la **atención médica en el hogar** se cubre como se indica en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, cuando:

- es **médicamente necesaria**, y sin la cual el paciente necesitaría permanecer en el **hospital**,
- comienza inmediatamente después de la **hospitalización**,
- es proporcionada en el hogar del paciente por un(a) **enfermero(a)** calificado(a) ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde se reciba el **tratamiento** o servicio, y
- se lleva a cabo bajo la supervisión de un **médico**.

### 2.5.6 RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA

Los reconocimientos médicos de rutina están cubiertos hasta el máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, sin **deducible**. Los reconocimientos médicos de rutina pueden incluir **procedimientos de diagnóstico**.

## 2.6 BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD

### 2.6.1 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO

Los beneficios de maternidad solamente aplican a **pólizas** cubiertas bajo la Opción de deducible 1. No hay cobertura de maternidad bajo esta **póliza** para hijas **dependientes**. Los gastos médicos cubiertos relacionados con la maternidad incluyen:

- Cuidados pre-natales, como ultrasonidos
- Cargos de obstetra y **hospital**

- Cuidados post-natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto
  - Condiciones secundarias debido al embarazo,
  - **Cuidado de rutina del recién nacido**
- (a) Parto normal: Los gastos médicos relacionados con un parto normal están cubiertos hasta el máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente por embarazo, sin **deducible**, siempre y cuando la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta **póliza** durante un período continuo de sesenta (60) días calendario antes del inicio del embarazo.
  - (b) Parto por cesárea prescrita: Los gastos médicos relacionados con un parto por cesárea están cubiertos hasta el máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, sin **deducible**, siempre y cuando la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta **póliza** durante un período continuo de sesenta (60) días calendario antes del inicio del embarazo. Este beneficio solamente aplica cuando es **médicamente necesario** que el bebé nazca por cesárea. Si la **asegurada** elige tener parto por cesárea cuando no es **médicamente necesario**, el beneficio máximo pagadero será la cantidad especificada para parto normal en el numeral 2.6.1(a).
  - (c) Si el embarazo se produjere dentro del **período de carencia**, se otorgará la cobertura definida en las provisiones cubiertas bajo tarifa cero y de acuerdo con los términos y condiciones allí definidos.

## 2.6.2 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO

- (a) Cobertura provisional: Si nace de un **embarazo cubierto**, el **recién nacido** tendrá cobertura automática por **complicaciones del embarazo, la maternidad y/o el parto** y por cualquier **lesión, enfermedad o dolencia** durante los primeros noventa (90) días después del parto, hasta el máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, sin **deducible**. Si nace de un embarazo no cubierto, el **recién nacido** no tendrá cobertura provisional.
- (b) Cobertura permanente:
  - i. Adición automática: Para incluir al **recién nacido** bajo la **póliza** de los padres, el **Administrador de Grupo** deberá enviar dentro de los noventa (90) días siguientes al parto una copia del certificado de nacimiento del **recién nacido** que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento. La cobertura con el **deducible** correspondiente será efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta los totales máximos indicados en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente. La cobertura del **recién nacido** para **complicaciones del embarazo, la maternidad y/o el parto** está limitada al beneficio máximo descrito en el numeral 2.6.3.
  - ii. Adición no-automática: Si el **recién nacido** nace de un embarazo no cubierto, no gozará de cobertura provisional. Para agregar al **recién nacido** a esta **póliza**, deberá presentarse una **solicitud de seguro de salud de grupo**, 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.

Sin embargo, si alguno de los padres del **recién nacido** ha estado cubierto bajo esta **póliza** durante un período continuo de sesenta (60) días calendario antes del inicio del embarazo, el **recién nacido** podrá ser dado de alta en la misma **póliza** sin evaluación de riesgo previa, siempre y cuando se presente el acta o certificado de nacimiento dentro de los primeros noventa (90) días después del parto, excepto cuando el recién nacido es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.

- (c) El **cuidado de rutina del recién nacido** está cubierto bajo el beneficio de embarazo, maternidad y parto, numeral 2.6.1.
- (d) Inclusión intrauterina (solo Plan 1): 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) del embarazo. Para agregar al no nato a esta **póliza**, deberá presentarse un **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico**, el cual será sujeto 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) Titular** podrá optar a incluir al **recién nacido** dentro de su plan sin restricción de **red de proveedores** llenando el **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico**, el cual estará sujeto 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 con lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

## 2.6.3 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO

Las **complicaciones del embarazo, la maternidad y/o el parto** están cubiertas bajo la Opción de deducible 1 hasta el máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, incluyendo los gastos médicos relacionados con:

- (a) Aborto espontáneo, óbito fetal, embarazo ectópico, hemorragia postparto y placenta retenida.

- (b) Complicaciones del **recién nacido** (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias).
- (c) Para los propósitos de esta cobertura, el parto por cesárea no es considerado una **complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto**.

Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo la **póliza**, a complicaciones de la maternidad o del **recién nacido** durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de **tratamiento** de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.

## 2.7 BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR EVACUACIÓN MÉDICA

### 2.7.1 EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

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

- (a) Transporte por **ambulancia terrestre**: La cantidad máxima pagadera por este beneficio es la indicada en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.
- (b) Transporte por **ambulancia aérea**:
  - i. Todo transporte por **ambulancia aérea** debe ser pre-aprobado por la **Compañía** y coordinado entre la **Compañía**, el proveedor médico y/o el **asegurado**, siempre y cuando la vida del **asegurado** no esté en peligro y cumpla la condición cubierta por la **póliza**.
  - ii. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es la indicada en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.
  - iii. La **Compañía** 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** y a cualquier otra compañía afiliada con la **Compañía** por medio de formas similares de propiedad o administración, libres de responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales. Lo anterior no aplicará si dicha negligencia es consecuencia directa de una acción u omisión de la **Compañía** o de cualquier otra compañía afiliada con la **Compañía** con los proveedores o prestadores de dichos servicios.
- (c) Viaje de regreso, sin costo de prima adicional: Si el **asegurado** es transportado para recibir **tratamiento**, él/ella y la persona acompañante, si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el **asegurado** fue evacuado. El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días después de que haya finalizado el **tratamiento**. Solamente se proporciona cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser pre-aprobados por la **Compañía** y coordinados entre la **Compañía**, el proveedor médico y/o el **asegurado**.

### 2.7.2 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 hasta el máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de la **póliza**. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al **país de residencia** del **asegurado**. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con la **Compañía**.

## 2.8 OTROS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

### 2.8.1 TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER

Incluye todo tipo de tratamiento médico para esta condición, sea éste hospitalario o ambulatorio, incluyendo cirugía reconstructiva y rehabilitación.

### 2.8.2 DIÁLISIS POR INSUFICIENCIA RENAL

Los **gastos elegibles** por diálisis para el **tratamiento** de insuficiencia renal están cubiertos hasta el máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.

### 2.8.3 TRASPLANTES

El **tratamiento** requerido para los servicios de procedimientos de **trasplante** está cubierto hasta el máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, después de cubrir el **deducible** correspondiente. El beneficio para procedimientos de **trasplante** comienza en el momento en que la necesidad de **trasplante** ha sido determinada por el **médico**, ha sido certificada por una **segunda opinión quirúrgica**, y ha sido aprobada por la **Compañía**, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la **póliza**. Este beneficio incluye:

- (a) Cuidado antes del **trasplante**, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del **trasplante**, evaluación del **asegurado** para el procedimiento de **trasplante**, y preparación y estabilización del **asegurado** para el procedimiento de **trasplante**.

- (b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- (c) Los costos de la 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 indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el **trasplante**. Los procedimientos de preparación del **donante**, incluyendo pruebas de compatibilidad de **donantes** potenciales están incluidos en este beneficio.
- (d) La **hospitalización**, cirugías, honorarios de **médicos** y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro **tratamiento** necesario durante el procedimiento de **trasplante**.
- (e) El cuidado post-operatorio, incluyendo cualquier **tratamiento** de seguimiento **médicamente necesario** después del **trasplante**, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de **trasplante**, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
- (f) Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
- (g) Cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería, transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el **trasplante**.
- (h) Cualquier prestación y complicación del **donante**.

La cobertura de los beneficios descritos en este numeral está sujeta a la aprobación de la **Compañía**, del proveedor o la instalación donde se llevará a cabo el **tratamiento**. La reclamación será denegada de no tener dicha aprobación por parte de la **Compañía**. El **tratamiento** para procedimientos de **trasplante** que incluyan órganos artificiales o de animales no está cubierto. La compra de un órgano para **trasplante** no está cubierta.

#### 2.8.4 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS

El **tratamiento médicamente necesario** para **condiciones congénitas y/o hereditarias** está cubierto hasta el máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente. El beneficio comienza cuando la **condición congénita y/o hereditaria** ha sido diagnosticada por un **médico**. 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.

En caso de ser una **condición preexistente**, esta será cubierta bajo el beneficio de condiciones preexistentes y de acuerdo a lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**.

Si el **recién nacido** es producto de una maternidad cubierta, la cobertura será de acuerdo a las condiciones y monto asegurado indicado en este beneficio.

#### 2.8.5 TRATAMIENTOS ESPECIALES

Las prótesis, los dispositivos ortóticos, el **equipo médico durable**, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y **medicamentos altamente especializados** están cubiertos pero deben ser pre-aprobados y coordinados por la **Compañía**.

#### 2.8.6 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (CON O SIN HOSPITALIZACIÓN)

La **póliza** Corporate Care solamente cubre el **tratamiento médico de emergencia** relacionado con **accidente** o **enfermedad** aguda y la **emergencia** ha sido notificada a la **Compañía**, como se indica en el numeral 15.1 de las Condiciones Generales de la **póliza**. Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la **red de proveedores internacionales de Bupa** en relación con un **tratamiento médico de emergencia** serán pagados como si el **asegurado** hubiese sido tratado en un **hospital** dentro de la **red de proveedores internacionales de Bupa**.

#### 2.8.7 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE

El **tratamiento dental relacionado con un accidente** que sea necesario para reparar el daño de dientes como consecuencia de un **accidente** o **lesión** está cubierto. El **tratamiento** deberá proporcionarse y completarse dentro de un período de seis (6) meses después de la fecha en que ocurrió el **accidente** o **lesión**. El dentista deberá confirmar que los dientes tratados fueron dañados como consecuencia de un **accidente**. Esta cobertura no aplica a dentaduras postizas.

#### 2.8.8 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL

Siempre y cuando sea **médicamente necesario**, el **tratamiento** quirúrgico estará cubierto solamente si es pre-aprobado por la **Compañía**.

#### 2.8.9 RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

El alojamiento en residencias para pacientes terminales y los **tratamientos** y servicios paliativos están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente para aquellos pacientes terminales que necesitan atención física, psicológica y social, así como la instalación o adaptación de equipos especiales, servicios de enfermería y **medicamentos por receta**. Estos servicios deben ser pre-aprobados por la **Compañía**.

#### 2.8.10 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

La **Compañía** cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el **período de carencia**. En caso de tratarse de una **condición preexistente** declarada, estará cubierta bajo la suma asegurada de **condiciones preexistentes** y de acuerdo a lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**.

#### 2.8.11 CONDICIONES PREEXISTENTES

Las **condiciones preexistentes** están limitadas al beneficio máximo indicado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.

## 2.9 COBERTURAS ADICIONALES

Este producto contempla coberturas opcionales adicionales a las indicadas en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, las cuales pueden ser seleccionadas por el **contratante**.

## 2.10 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 compañía 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 **Compañía** 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

En esta sección de exclusiones y limitaciones encontrará un listado de los **tratamientos**, condiciones y situaciones específicas que no están cubiertas por la **Compañía** como parte del seguro de salud de grupo.

### 3.1 GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS

**El tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o dolencia, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:**

- (a) **Que no sea médicamente necesario, o**
- (b) **Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o doctor o profesional acreditado, o**
- (c) **Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o**
- (d) **Que está relacionado con el cuidado asistencial, o**
- (e) **Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias, o**
- (f) **Que sea un artículo personal, como llamadas telefónicas, periódicos, cosméticos o alimentos para visitantes.**
- (g) **Los servicios y tratamientos que no se lleven a cabo dentro de la red de proveedores internacionales de Bupa, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de tratamiento médico de emergencia.**

### 3.2 EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS

**Exámenes de rutina de ojos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.**

### 3.3 CIRUGÍA COSMÉTICA

**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 de acuerdo con la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente. También se excluye cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido causado por trauma.**

### 3.4 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL

**Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, 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.**

### 3.5 ENFERMEDADES MENTALES Y DESÓRDENES DE LA CONDUCTA

**Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales, los desórdenes de la conducta o del desarrollo, y el síndrome de fatiga crónica.**

### 3.6 GASTOS QUE EXCEDAN UCR

**Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.**

### 3.7 COMPLICACIONES DE CONDICIONES NO CUBIERTAS

**El tratamiento o servicio por cualquier condición médica mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por un endoso o enmienda, o no cubiertas bajo esta póliza.**

### 3.8 TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO

**Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.**

### 3.9 VIH/SIDA

**Cualquier tratamiento que se lleve a cabo antes del período de carencia indicado en la Tabla de Beneficios del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente. En caso de tratarse de una condición preexistente declarada, estará cubierto bajo la suma asegurada de condiciones preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las condiciones particulares de la póliza.**

### 3.10 ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL

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

### 3.11 TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO

**Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.**

### 3.12 MEDICAMENTOS SIN RECETA

**Medicamentos sin receta médica o que no estén relacionados con un padecimiento o accidente cubierto por esta póliza.**

### 3.13 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL

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

### 3.14 ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS

**Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las condiciones de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crio preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.**

### 3.15 TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR

**Lesión, enfermedad o dolencia causada por, o relacionada con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.**

### 3.16 CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO Y LA SEXUALIDAD

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

### 3.17 TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD

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

### 3.18 COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD

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

### 3.19 TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD PARA EMBARAZOS NO CUBIERTOS

**Todo tratamiento relacionado con el embarazo o la maternidad para un embarazo no cubierto, con excepción de la cobertura provista bajo la tarifa cero.**

### 3.20 ABORTO

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

### 3.21 CUIDADO PODIÁTRICO

**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.**

### 3.22 TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA

**Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o sus complicaciones, cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental.**

### 3.23 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL

**Excepto cuando el tratamiento sea médicamente necesario. Los procedimientos quirúrgicos estarán cubiertos solamente si están pre-aprobados por la Compañía.**

### 3.24 COSTOS RELACIONADOS CON EL TRANSPORTE DE EMERGENCIA

**Cualquier costo adicional o secundario relacionado con la necesidad de transporte de emergencia, tales como gastos de hotel.**

### 3.25 ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS

**El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o enfermedad pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o enfermedad pandémica no están cubiertos.**

### 3.26 TRATAMIENTO PARA EL CRECIMIENTO

**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.**

## 4. DEFINICIONES

### 4.1 ACCIDENTE

Daño o **lesión** corporal causado involuntariamente por un evento externo, violento, súbito y fortuito. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de 30 (treinta) días posteriores a la fecha del acontecimiento.

### 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 para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física.

### 4.3 ADMINISTRADOR DE GRUPO

El representante autorizado por el **contratante** con quien la **Compañía** ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a los **asegurados** bajo este seguro de salud de grupo. Esta persona es a quien la **Compañía** dirigirá toda la correspondencia, y quien tiene la responsabilidad de efectuar los pagos y notificar a la **Compañía** sobre cualquier cambio a la **póliza** en nombre del **Asegurado Titular**.

### 4.4 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.

### 4.5 AMBULANCIA TERRESTRE

Unidad móvil especializada para el transporte de **emergencia** del **asegurado** hacia un **hospital**.

### 4.6 ANEXO

Documento añadido por la **Compañía** a la **póliza** de grupo que agrega y detalla una cobertura opcional adicional.

### 4.7 AÑO CALENDARIO

Del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

### 4.8 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.

### 4.9 ÁREA DE COBERTURA

El área geográfica en la cual el **asegurado** tiene derecho a recibir **tratamiento**. Esta área puede incluir o excluir los Estados Unidos de América continentales (EE.UU.), dependiendo de la **opción** de cobertura elegida por el **contratante**.

### 4.10 ASEGURADO

La persona para quien se ha completado un **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico**, para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la **Compañía**. El término "asegurado" incluye al **Asegurado Titular** y a todos los **dependientes** cubiertos bajo su **póliza**.

### 4.11 ASEGURADO TITULAR

El solicitante nombrado en el **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico** y la primera persona identificada en las **Condiciones Particulares** y en el **Certificado de Cobertura**. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos.

### 4.12 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR

Cuidados al **asegurado** en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el **médico** tratante, los cuales son necesarios para el **tratamiento** adecuado de la **lesión, enfermedad o dolencia**, y prescritos en lugar de la **hospitalización**. La atención médica en el hogar incluye los servicios de profesionales certificados y autorizados (por ejemplo, **enfermeros**, terapeutas, etc.) fuera del **hospital**, y no incluyen los **cuidados asistenciales**.

### 4.13 BENEFICIOS CUBIERTOS

**Tratamientos** y beneficios que aparecen identificados en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente.

### 4.14 CERTIFICADO DE COBERTURA

Documento que forma parte de la **póliza**, que especifica la **fecha del inicio de vigencia**, el **deducible** contratado, la **suma asegurada**, el tipo de plan y otra información de relevancia para el **Asegurado Titular**, y que además enumera a todos los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza**.

### 4.15 CLASE

Los **asegurados** de todas las **pólizas** de un mismo tipo: beneficios, **deducibles**, grupos de edad, país, plan, grupos por año, o una combinación de cualesquiera de éstos.

### 4.16 COASEGURO

Es el porcentaje de las facturas médicas de ciertos beneficios que el **asegurado** debe pagar en adición al **deducible**.

### 4.17 COMPAÑÍA

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros, sociedad anónima inscrita con el Registro Único de Contribuyente (RUC) 1791782402001.

### 4.18 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO

Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo o la maternidad, y cualquier condición relacionada con el nacimiento del **recién nacido** que no sea causada por factores congénitos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida: hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia,

prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto. Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.

#### 4.19 CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA

Cualquier **enfermedad o dolencia** o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.

#### 4.20 CONDICIÓN PREEXISTENTE

Es aquella condición:

- (a) Que ha sido diagnosticada por un **médico** antes de la **fecha del inicio de vigencia** o de la rehabilitación de la **póliza**, o
- (b) Para la cual se ha recomendado o recibido **tratamiento** médico antes de la **fecha del inicio de vigencia** o de la rehabilitación de la **póliza**, o
- (c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una **enfermedad o dolencia** o condición tras el análisis de los **síntomas** o **signos** si se hubiesen presentado a un **médico** antes de la **fecha del inicio de vigencia**.

#### 4.21 CONDICIÓN TERMINAL

La **enfermedad o dolencia** o condición activa, progresiva e irreversible la cual, sin los procedimientos de soporte de vida, causará la muerte del paciente en un futuro cercano, o bien un estado de inconsciencia permanente para el cual es improbable que haya recuperación.

#### 4.22 CONDICIONES ESPECIALES

Se denominan cláusulas, condiciones o estipulaciones especiales a las que amplían, condicionan, delimitan, modifican o suprimen riesgos, extienden o restringen las coberturas previstas en las condiciones generales de las **pólizas**, o instituyen nuevas condiciones de protección, sin que contengan disposiciones expresamente prohibidas por la Ley General de Seguros y su reglamento general, la Legislación sobre el Contrato de Seguro y, los principios de la técnica de los seguros. Las condiciones especiales prevalecerán sobre las condiciones generales.

#### 4.23 CONDICIONES PARTICULARES

Son reglas o estipulaciones que se han convenido por mutuo acuerdo entre las partes contratantes y fijan los elementos de la relación singular acordada.

#### 4.24 CONSULTA

Visita a un médico para evaluar o tratar una condición médica.

#### 4.25 CONTRATANTE

Compañía, empresa, negocio o persona que firma la **Solicitud de Seguro de Salud de Grupo** para obtener cobertura para los asegurados bajo el seguro de salud de grupo, y que se obliga al pago de la prima.

#### 4.26 CONTRATO

El documento celebrado entre la **Compañía** y el contratante, bajo el cual la **Compañía** se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar a los Asegurados Titulares del grupo por gastos relacionados con los beneficios cubiertos en que incurran. El término del contrato entre la **Compañía** y el contratante es de un (1) año.

#### 4.27 CONVIVIENTE

Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el Asegurado Titular ha establecido una unión estable y monógama, libres de vínculo matrimonial que formen un hogar de hecho, por el lapso y bajo las condiciones y circunstancias que señale la ley, con los mismos derechos y obligaciones que tienen las familias constituidas mediante matrimonio.

#### 4.28 CUIDADO ASISTENCIAL

Ayuda para realizar actividades cotidianas que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, para bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.).

#### 4.29 CUIDADO DE RUTINA DEL RECIÉN NACIDO

Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

#### 4.30 CUIDADOS INTENSIVOS

Los cuidados intensivos incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de tratamiento y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de tratamiento intensivo/unidad de cuidados intermedios (UTI/UCI): una unidad que provee de cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración mecánica; Unidad Coronaria: una unidad que provee de cuidados cardiacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee el mejor cuidado para los recién nacidos.

#### 4.31 DEDUCIBLE

La cantidad anual de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el asegurado por cada año **póliza**, y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la **póliza** sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. Hay dos tipos de deducibles considerados, dependiendo del país donde se ofrezca el tratamiento o servicio.

#### 4.32 DEPENDIENTE

Cualquier otra persona diferente del Asegurado Titular nombrada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura que haya sido identificada en el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico y para quien se ha aprobado cobertura bajo la **póliza**.

#### 4.33 DIAGNÓSTICO

Proceso por medio del cual el médico identifica una condición a través de exámenes (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro examen clínico), la naturaleza y circunstancias de dicha condición, y la decisión alcanzada en base a este proceso.

#### 4.34 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).

#### 4.35 EMBARAZO CUBIERTO

Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la fecha de inicio del embarazo es por lo menos sesenta (60) días posteriores a la fecha efectiva de cobertura para la respectiva asegurada. La asegurada correspondiente no puede ser una hija dependiente. Sólo el Plan 1 ofrece beneficios para los embarazos cubiertos.

#### 4.36 EMERGENCIA

**Lesión, enfermedad o dolencia** que se manifiesta por **signos o síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del **asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

#### 4.37 ENDOSO O ENMIENDA

Documento que forma parte integrante de la **póliza** que puede ser emitido con posterioridad a la **fecha del inicio de vigencia** y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales de la **póliza**. Lo estipulado en un endoso o enmienda siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales de la **póliza** en todo aquello que se contraponga.

#### 4.38 ENFERMEDAD CATASTRÓFICA

Es aquélla que cumple con las siguientes características:

- (a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
- (b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente, y
- (c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.

#### 4.39 ENFERMEDAD EPIDÉMICA

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

#### 4.40 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.

#### 4.41 ENFERMEDAD O DOLENCIA

Es la alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

#### 4.42 ENFERMEDAD PANDÉMICA

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

#### 4.43 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.

#### 4.44 ENFERMERO(A)

Profesional autorizado por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad del país donde se proporciona el servicio, para proporcionar cuidados a enfermos.

#### 4.45 EQUIPO DE SERVICIO CORPORATIVO

Equipo de ejecutivos de servicio, profesionales y multilingües, capacitados para ayudar a los **asegurados** con preguntas relacionadas con su **póliza**, el estado de sus reclamaciones, su cobertura y la actualización de su información personal.

#### 4.46 EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD)

El equipo médico durable (EMD) es equipo **médicamente necesario** que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o enfermedades no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características: (a) ser ordenado por un **médico**, (b) ser resistente al uso prolongado, (c) ser usado para un propósito médico y (d) ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.

#### 4.47 ESPECIALISTA

Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un **médico** general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un **médico o doctor** que esté legalmente calificado ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde se reciba el **tratamiento** o servicio para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el **tratamiento** sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del **tratamiento** de la **lesión, enfermedad o dolencia** que sea tratado. Por “escuela médica reconocida” se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

#### 4.48 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

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

#### 4.49 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.

#### 4.50 FECHA DE ANIVERSARIO

Ocurrencia anual de la **fecha del inicio de vigencia del contrato**.

#### 4.51 FECHA DE RENOVACIÓN

El primer día a partir de la **fecha de aniversario**. La renovación ocurre solamente en la **fecha de aniversario del contrato**.

#### 4.52 FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

#### 4.53 FECHA DEL INICIO DE VIGENCIA

Fecha en que comienza la cobertura para cada **asegurado**, tal como aparece en las **Condiciones Particulares** y en el **Certificado de Cobertura**.

#### 4.54 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ASEGURADO PARA SEGURO DE SALUD DE GRUPO Y/O SUPLEMENTO MÉDICO

Documentos que contienen declaraciones por escrito sobre los solicitantes y sus **dependientes** al solicitar cobertura, los cuales son utilizados por la **Compañía** para determinar la aceptación o denegación del riesgo. También se incluyen las declaraciones orales realizadas por el solicitante durante la entrevista médica realizada por la **Compañía**, su historial médico, cuestionarios y cualquier otro documento proporcionado o solicitado por la **Compañía** antes de aprobar la cobertura.

#### 4.55 GASTOS ELEGIBLES

Los honorarios y cargos por **tratamientos** cubiertos bajo la **póliza** que la **Compañía** cubrirá tal como se ha especificado en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, y los cuales son presentados para reembolso por el **Asegurado** de acuerdo con los términos y condiciones de la cobertura y sujetos a cualquier **deducible** o **coaseguro** correspondiente.

#### 4.56 GRUPO COLECTIVO

Grupo diseñado para pequeñas y medianas empresas que desean asegurar a cinco (5) empleados o más. Las cotizaciones se basan en la información de censo obtenida, el **país de residencia** de los empleados y el **deducible** elegido. Se ofrecen primas estándar, evaluación de riesgo flexible, renovación garantizada, sin límite en cuanto a la edad para aplicar, y tarifas de renovación basadas en el rendimiento del portafolio. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

#### 4.57 GRUPO DE EXPERIENCIA

Grupo diseñado para grandes empresas que desean asegurar a setenta (70) empleados o más. La cotización del plan de salud personalizado se basa en la información de censo que la empresa proporcione a la **Compañía**, el historial de reclamaciones de dicha empresa, y los beneficios solicitados. Se ofrece una cotización personalizada, **contrato** garantizado por un año, informes trimestrales para ayudar a que la empresa pueda monitorizar la tasa de pérdida del grupo, programa de capacitación para el **Administrador de Grupo** para asegurar una transición exitosa la cobertura de la **Compañía**, cobertura para **condiciones preexistentes**, y tarifas de renovación basadas en el rendimiento del grupo.

#### 4.58 HIJASTRO

Niño nacido de o adoptado por el (la) cónyuge o **conviviente** del **Asegurado Titular** y que no ha sido adoptado legalmente por el **Asegurado Titular**.

#### 4.59 HOSPITAL O CLÍNICA

Cualquier institución autorizada por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad del país donde se proporciona el servicio como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos y para el **tratamiento** y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de **médicos o doctores**, y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.

#### 4.60 HOSPITALIZACIÓN

Ingreso del **asegurado** a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la **enfermedad o dolencia** también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El **tratamiento** que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

#### 4.61 LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

#### 4.62 LÍMITE MÁXIMO

Se establece en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente como la cantidad máxima acumulada por cada **año póliza** que el **asegurado** podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado **accidente, tratamiento, enfermedad o dolencia**, de acuerdo con las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la **póliza** y las **Condiciones Particulares**.

#### 4.63 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 **lesión, enfermedad o dolencia** y 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, 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);
- (e) Es calificado como **cuidado asistencial**.

#### 4.64 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.

#### 4.65 MEDICAMENTOS POR RECETA

Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un **médico**.

#### 4.66 MÉDICO O DOCTOR

Profesional idóneo y 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.

#### 4.67 OPCIÓN

El área de cobertura y el **límite máximo** anual seleccionado por el **Administrador de Grupo** para los **asegurados** en el grupo.

#### 4.68 PAÍS DE RESIDENCIA

El país donde las autoridades competentes (como autoridades migratorias) le han otorgado residencia al **Asegurado Titular** y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a la **Compañía** por escrito. Es el país donde el **asegurado** reside la mayor parte del **año calendario** o del **año póliza**, o donde el **asegurado** ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la **póliza** está en vigor.

#### 4.69 PERÍODO DE CARENCIA

Período de tiempo que comienza en la **fecha del inicio de vigencia** durante el cual los beneficios aun no son pagaderos al **asegurado**.

#### 4.70 PERÍODO DE GRACIA

Plazo de treinta (30) días que concede la **Compañía** siguientes a cada uno de los vencimientos para el pago de las primas vencidas. Durante este período, el **asegurado** tendrá derecho a cobertura y al pago de **beneficios cubiertos** bajo la **póliza**.

#### 4.71 POLITRAUMATISMO

Lesiones corporales accidentales que ocurren simultáneamente en diferentes partes del cuerpo como resultado de un **accidente serio**.

#### 4.72 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO

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

#### 4.73 RECEPTOR

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

#### 4.74 RECIÉN NACIDO

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

#### 4.75 RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA

Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o **consultas** para dar seguimiento a una **enfermedad o dolencia** que ha sido diagnosticada con anterioridad.

#### 4.76 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.

#### 4.77 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**.

#### 4.78 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

La opinión de un **médico** distinto del **médico** tratante.

#### 4.79 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.

#### 4.80 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 dolencia** o para el **tratamiento** del dolor que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.

#### 4.81 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 no incluyen llamadas telefónicas locales, televisión, periódicos, **enfermero(a)** privado(a), ni la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite.

#### 4.82 SIGNOS

Son las manifestaciones visibles de una **enfermedad o dolencia** constatadas por el **médico o doctor** tratante.

#### 4.83 SÍNTOMA

Referencia que da un **asegurado** al **médico o doctor** tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.

#### 4.84 SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD DE GRUPO

Declaración escrita en un formulario por el **contratante** usada por la **Compañía** para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud de seguro de salud de grupo incluye cualquier declaración verbal hecha a la **Compañía** por el **contratante** o sus representantes y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la **Compañía** antes de suscribir el **contrato**.

#### 4.85 SUMA ASEGURADA

Monto en dólares americanos asignada por **asegurado** y por **año póliza**, sujeta a los límites de cobertura que se estipulan en la **póliza**, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el **asegurado** en la vigencia en curso, tanto en el territorio de Ecuador como en el extranjero, por **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertos bajo la **póliza**, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales, **Condiciones Especiales** y **Condiciones Particulares** de la **póliza**. La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por **año póliza**, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas, ocurridos durante el mismo **año póliza**. Al concretarse la renovación del **contrato**, se establecerá una nueva suma asegurada por **asegurado**, por **año póliza**, para los gastos incurridos por **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas en las vigencias previas, aún para aquellos **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas que por sí mismos hubieran agotado la suma asegurada por **asegurado**, por **año póliza**.

#### 4.86 TABLA DE BENEFICIOS

Listado en el Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente que incluye los **beneficios cubiertos** y las cantidades máximas que serán pagados una vez que superen el **deducible** anual aplicable detallado en las Condiciones Generales y en el **Certificado de Cobertura**.

#### 4.87 TRASPLANTE

Procedimiento mediante 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.

#### 4.88 TRATAMIENTO

Servicios quirúrgicos o clínicos para tratar una **lesión, enfermedad o dolencia** con el objeto de que el **asegurado** recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.

#### 4.89 TRATAMIENTO AMBULATORIO

**Tratamiento** suministrado en el **hospital**, consultorio, oficina del **médico o doctor**, o clínica para pacientes ambulatorios en donde el **asegurado** no se quede durante la noche o como un paciente durante el día para recibir el **tratamiento**.

#### 4.90 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE

**Tratamiento** necesario para restaurar o reemplazar el daño o la pérdida de dientes sufridos durante un **accidente** cubierto.

#### 4.91 TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Atención o servicios **médicamente necesarios** que se hacen necesarios debido a una **emergencia**.

#### 4.92 USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE

Es el costo máximo que la **Compañía** pagará por todos los gastos médicos que se generen por un **tratamiento** médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualquier otro tipo de gasto cubierto bajo la **póliza**, el cual será determinado de acuerdo con los tabuladores que la **Compañía** tiene convenidos con los **hospitales** y/o proveedores, de acuerdo con el área geográfica y los usos de la plaza donde se realice el **tratamiento**.

## 5. VIGENCIA

### 5.1 COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA

Sujeto a las Condiciones Generales de esta **póliza**, la cobertura comienza a la 00:01 horas de la **fecha del inicio de vigencia** indicada en las **Condiciones Particulares** y en el **Certificado de Cobertura** y termina a las 24:00 horas del día indicado en las **Condiciones Particulares** y en el **Certificado de Cobertura** como fecha de expiración de vigencia, siempre que el **contratante** haya pagado la prima o primera fracción de dicha prima.

### 5.2 CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

El **contratante** puede cancelar la **póliza** del **Asegurado Titular** o la cobertura de cualquiera de sus **dependientes** en cualquier momento con previo aviso a la **Compañía** de treinta (30) días calendario. La **Compañía** no puede cancelar la cobertura de manera retroactiva. El **contratante** es responsable por el pago de las primas hasta la fecha de la cancelación.

La **Compañía** puede cancelar una **póliza**:

- i. Si el **contratante** no paga la prima correspondiente para un **Asegurado Titular** al final del **período de gracia**, según lo estipulado en el numeral 10.4.
- ii. Si un **Asegurado Titular** cambia su **país de residencia**, tal como se indica en el numeral 25.1 de las Condiciones Generales de la **póliza**.
- iii. Si fallece el **Asegurado Titular**.

### 5.3 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

En caso de terminación por cualquier razón, la cobertura finaliza en la fecha cuando se hace efectiva la terminación, y la **Compañía** solamente será responsable por el **tratamiento** cubierto bajo los términos del **contrato** que se haya llevado a cabo antes de la fecha de terminación. No se proporcionará cobertura para ningún **tratamiento** que se lleve a cabo después de la fecha efectiva de la terminación, independientemente de cuándo se manifestó la condición por primera vez o cuánto **tratamiento** adicional sea necesario.

### 5.4 DERECHO DE TRANSFERIR A UN PLAN INDIVIDUAL

Si la cobertura termina para un **Asegurado Titular** y sus **dependientes**, es posible que el **Asegurado Titular** pueda transferir su cobertura a un plan individual con un **deducible** igual o mayor, y las mismas restricciones en vigor bajo el plan Corporate Care, después de cumplir dos (2) años de cobertura bajo la **póliza** de grupo, y cumpliendo con los requisitos de elegibilidad del plan individual. Los **asegurados** bajo un **grupo colectivo** podrán transferir su cobertura sin evaluación de riesgo. Los **asegurados** bajo un **grupo de experiencia** que deseen transferir su cobertura a un plan individual están sujetos a evaluación de riesgo. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura. El **Asegurado Titular** deberá comunicarse con la **Compañía** o con su **Administrador de Grupo** para averiguar si el **contrato** contempla esta opción.

Si el **Asegurado Titular** tiene el derecho de transferir su cobertura y desea proceder con el cambio, deberá enviar una Solicitud de Seguro de Salud Individual a la **Compañía** dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de su cobertura dentro del grupo.

Si el **Asegurado Titular** se transfiere a otro seguro de la **Compañía** u otro seguro ofrecido por cualquiera de sus compañías afiliadas, la **Compañía** compartirá con dichas compañías la información médica, de reclamaciones e historial de la **póliza** del **Asegurado Titular**.

## 6. ELEGIBILIDAD

### 6.1 CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD PARA EL CONTRATANTE

La **Compañía** puede firmar un **contrato** de seguro de grupo con compañías legalmente incorporadas en la República del Ecuador. Las compañías legalmente incorporadas en los Estados Unidos de América y sus territorios no son elegibles.

### 6.2 CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD PARA EL ASEGURADO

Los **asegurados** elegibles para cobertura incluyen a empleados del **contratante** que trabajan para su empleador un mínimo de treinta (30) horas por semana y que tienen por lo menos dieciocho (18) años de edad (excepto los **dependientes** elegibles). No hay un límite de edad máxima para solicitar cobertura bajo Corporate Care. No hay una edad máxima para renovación para **asegurados** ya cubiertos bajo el **contrato**. El grupo asegurado debe mantener el requisito mínimo de cinco (5) **Asegurados Titulares** para ser elegible para renovación.

Los **dependientes** elegibles incluyen al cónyuge o **conviviente** del **Asegurado Titular** y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, **hijastros**, y menores para quienes el **Asegurado Titular** ha sido designado tutor legal por una corte de jurisdicción competente, que sean solteros, que hayan sido identificados en el **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico** y para quienes se proporciona cobertura bajo la **póliza** de grupo.

La cobertura de esta **póliza** está disponible para los hijos **dependientes** del **Asegurado Titular** hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la **póliza** es emitida o renovada. La cobertura para dichos **dependientes** continúa hasta la siguiente **fecha de aniversario** de la **póliza** a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como **dependientes** según sea el caso concreto.

Los **dependientes** que estuvieron cubiertos bajo una **póliza** anterior con la **Compañía** y que son elegibles para cobertura bajo su propia **póliza**, serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una **póliza** con un plan de **deducible** igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones o exclusiones existentes en la **póliza** anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva **póliza** las declaraciones vertidas en la solicitud que dio origen a la primera **póliza**, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora **Asegurado Titular** antes de terminar el **período de gracia** para el pago de la **póliza** bajo la cual tuvo cobertura como **dependiente**. Lo anterior siempre y cuando el **dependiente** solicite su **póliza** con la **Compañía** dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a que dejó de ser integrante de la **póliza** original.

Si un(a) hijo(a) **dependiente** contrae matrimonio, deja de ser estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, o se muda a otro **país de residencia**, o si el (la) cónyuge **dependiente** deja de estar casado(a) con el **Asegurado Titular** por razón de divorcio o anulación de matrimonio, la cobertura para dicho **dependiente** terminará en la fecha del siguiente aniversario o renovación de la **póliza**, la que ocurra primero.

### 6.3 INCLUSIÓN DE DEPENDIENTE

Si el **contratante** lo autoriza, el **Asegurado Titular** puede solicitar la inclusión de su cónyuge o **conviviente** e hijo(s) como **dependientes** bajo su **póliza**. Para solicitarlo, deberá llenar un **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico** (si corresponde), tal como se indica a continuación:

- (a) **Grupos colectivos:** Al ser aprobados por el departamento de evaluación de riesgo, los empleados y **dependientes** serán incluidos en el grupo (i) a partir de la fecha efectiva, si se trata de inscripción inicial, (ii) en la **fecha de renovación**, o (iii) durante el transcurso de la **póliza**, una vez se haya recibido el **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo** si se trata de una adición posterior. Un bebé **recién nacido** de una maternidad cubierta será incluido a partir de la fecha de nacimiento sin evaluación de riesgo, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días siguientes al parto (solamente en el Plan 1). Para añadir **recién nacidos** de una maternidad no cubierta, el **Asegurado Titular** debe presentar un **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico** (si corresponde), y dicha adición estará sujeta a evaluación de riesgo. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura. Realizada la evaluación de riesgo, de ser el caso, las **condiciones preexistentes** declaradas serán cubiertas bajo la **suma asegurada** de **condiciones preexistentes** y de acuerdo a lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**. Una vez aprobada, la cobertura será efectiva a partir de la fecha de la adición.
- (b) **Grupos experiencia:** El **Asegurado Titular** y sus **dependientes** serán incluidos sin evaluación de riesgo (i) a partir de la fecha efectiva de la inscripción inicial, (ii) en la **fecha de renovación**, o (iii) durante el transcurso de la **póliza**. Un bebé **recién nacido** será incluido a partir de la fecha de nacimiento, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días siguientes al parto.

El **Administrador de Grupo** se compromete a inscribir a todos los **Asegurados Titulares** elegibles a partir de la fecha en que sean elegibles. El no cumplir con este requisito puede ser causa para la terminación del **contrato**. La **Compañía** puede anular, a su discreción, la cobertura de un **Asegurado Titular** y sus **dependientes** si considera o sospecha que el **Asegurado Titular** o sus **dependientes** han engañado o tratado de engañar a la **Compañía**. La **Compañía** puede cancelar la cobertura de un **asegurado** si en cualquier momento se vuelve ilegal proporcionar cobertura a dicho **asegurado**.

### 6.4 ELIMINACIÓN DE DEPENDIENTE

Si el **Asegurado Titular** ha agregado a un **dependiente** a su **póliza**, también podrá cancelar esa adición a través del **Administrador de Grupo**, quien notificará a la **Compañía**. Siempre y cuando no se haya presentado una reclamación válida para dicho **dependiente** o dicho **dependiente** no haya recibido ningún beneficio bajo esta **póliza**, la **Compañía** reembolsará al **contratante** la cantidad completa de la prima adicional que haya pagado.

### 6.5 DERECHO DE NO EMITIR UNA PÓLIZA

La **Compañía** se reserva el derecho de no emitir una **póliza** si las obligaciones de la **Compañía** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes aplicables vigentes, o si emitir dicha **póliza** infringe de cualquier manera las leyes aplicables vigentes a la **Compañía** o a cualquiera de las entidades relacionadas a la **Compañía**.

## 7. SUMA ASEGURADA

Todos los beneficios indicados en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán a la cobertura máxima anual por **asegurado**.

Todos los límites de los beneficios se expresan en Dólares de los Estados Unidos de América (US\$) y se computan de acuerdo con el tipo de cambio en la fecha del servicio.

## 8. LIQUIDACIÓN DEL VALOR ASEGURADO POR FALLECIMIENTO

### 8.1 BENEFICIOS PENDIENTES DE PAGO

En caso de que el **Asegurado Titular** fallezca, la **Compañía** cancelará la **póliza** correspondiente y la cobertura terminará para los **dependientes** del **Asegurado Titular** que ha fallecido, tal como se indica en el numeral 5.2 iii. La **Compañía** deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al beneficiario o heredero del **Asegurado Titular**.

## 9. DEDUCIBLE

Se entiende por **deducible** la cantidad de gastos cubiertos que debe ser pagada por el **Asegurado Titular** cada **año póliza** antes de que los beneficios de la **póliza** sean pagaderos. El **Administrador de Grupo** ha elegido un plan de **deducibles** para los **asegurados** bajo el grupo. Los **deducibles** se encuentran indicados en las **Condiciones Particulares** y en el **Certificado de Cobertura**.

Los gastos incurridos en Ecuador o cualquier otro país (excepto los EE.UU.) están sujetos al **deducible** mundial. Los gastos incurridos en los EE.UU. están sujetos al **deducible** en EE.UU. Las cantidades cubiertas por concepto de **deducible** se acumulan independientemente de dónde se incurra el gasto. Es decir, las cantidades cubiertas por concepto de **deducible** en los EE.UU. se acumulan para cubrir el **deducible** mundial y viceversa.

Si la familia del **asegurado** está cubierta bajo la **póliza**, los **deducibles** se aplican separadamente a cada **asegurado**. Sin embargo, la **Compañía** aplica un total máximo de dos **deducibles** por familia, por **año póliza**, si se procesan reclamaciones para dos o más **asegurados** en la familia.

Aun cuando la cantidad de la reclamación sea menor que el **deducible**, el **asegurado** deberá enviar un formulario de solicitud de reembolso a la **Compañía** si desea que esa cantidad sea tomada en cuenta al calcular el **deducible** anual correspondiente.

En caso de un **accidente serio** que requiera **hospitalización** inmediata, no se aplica el **deducible** durante la primera **hospitalización** únicamente. El **deducible** correspondiente se aplicará a cualquier **hospitalización** subsiguiente.

## 10. TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA

La **Compañía** puede cancelar o rescindir una **póliza** si existe evidencia de que el **contratante**, el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** han engañado o tratado de engañar a la **Compañía**. Esto incluye el proporcionar información falsa o inexacta y ocultar información necesaria para la **Compañía**, o trabajar con terceras personas para que éstas proporcionen información falsa a la **Compañía**, ya sea intencionalmente o por descuido, cuando dicha información pueda influenciar la decisión de la **Compañía** al decidir:

- i. Si un **asegurado** puede agregarse a la **póliza** como **dependiente**.
- ii. La cantidad de la prima que el **contratante** debe pagar por el **Asegurado Titular**.
- iii. Si la **Compañía** debe pagar cualquier reclamación.

De acuerdo con lo indicado en el Código de Comercio aquellas circunstancias que, de ser conocidas por la **Compañía**, la hubieran hecho desistir de la celebración del **contrato**, o induciéndola a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa esta **póliza** con la salvedad prevista para el seguro de vida en el caso de inexactitud en la declaración de la edad del **asegurado**. Esta nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la **Compañía** de las circunstancias encubiertas, antes de perfeccionarse el **contrato**, o después, si las acepta expresamente.

## 11. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DE RIESGO

- 11.1 En caso de que la **Compañía** decida renovar las **pólizas** bajo el **contrato**, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que aparecen en los **Certificados de Cobertura**, a menos que tenga pruebas suficientes que el riesgo ha sido agravado y estas circunstancias no hayan sido aceptadas expresamente por la **Compañía** durante el transcurso del **contrato**. Sin embargo, si el **contratante** decide cambiar de plan de seguro, la **Compañía** se reserva el derecho de agregar restricciones o exclusiones personales.

El **asegurado** o el solicitante, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, debe notificar a la **Compañía**, dentro de los términos previstos en el siguiente párrafo, todas aquellas circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del **contrato** y que impliquen agravación del estado de riesgo declarado.

El **asegurado** o el solicitante, según el caso, debe hacer la notificación a que se alude en el precedente inciso con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende de su propio arbitrio. Si le es extraña, dentro de los tres (3) días siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella. En ambos casos, la **Compañía** tiene derecho a dar por terminado el **contrato** o a exigir un ajuste en la prima.

No es aplicable la sanción de que trata el inciso anterior si la **Aseguradora** conoce oportunamente la modificación del riesgo y consiente en ella expresamente, por escrito.

## 12. PRIMA

### 12.1 PAGO DE LA PRIMA

El **Administrador de Grupo** es responsable por el pago a tiempo de la prima correspondiente a la **póliza** de grupo según el **contrato** entre la **Compañía** y el **contratante**. Las primas deben pagarse anualmente, a menos que la **Compañía** autorice otra modalidad de pago.

### 12.2 FACTURAS

La **Compañía** emitirá facturas por adelantado detallando la cantidad de la prima anual. La **Compañía** también podrá emitir facturas o devolución de prima para reflejar inscripciones, cancelaciones y variaciones en la cobertura que sean solicitados por el **Administrador de Grupo**. El **Administrador de Grupo** deberá pagar la prima a la **Compañía** cada año a más tardar en la **fecha de vencimiento** del pago.

Cuando un **Asegurado Titular** se une al grupo después del inicio del período de cobertura, la **Compañía** calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona, y el **Administrador de Grupo** deberá pagar a la **Compañía** dicha cantidad dentro de los treinta (30) días siguientes a la **fecha de vencimiento** del pago. Cuando un **Asegurado Titular** o un **dependiente** salen del grupo después del inicio del período de cobertura, la **Compañía** calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona y devolverá prontamente, cuando corresponda, cualquier cantidad en exceso que ya haya sido pagada a la **Compañía** por el **Administrador de Grupo** con respecto al **Asegurado Titular** o **dependiente**.

Para los propósitos del **contrato**, la prima a prorrata representa todas las cantidades pagadas con respecto al **asegurado** para el período de cobertura correspondiente, calculadas en proporción al período durante el cual dicho **asegurado** estuvo inscrito en el grupo.

### 12.3 PAGO RETRASADO

El **Administrador de Grupo** es responsable por el pago a tiempo de la prima. El pago de la prima vence en la **fecha de renovación** del **contrato** o en cualquier otra fecha autorizada por la **Compañía**. Los avisos de renovación se envían como una cortesía, y la **Compañía** no garantiza el envío de dichos avisos. Si el **Administrador de Grupo** no ha recibido el aviso de renovación treinta (30) días antes de la **fecha de vencimiento** del pago, y no sabe cuál es la cantidad que debe pagarse, el **Administrador de Grupo** deberá contactar al Agente o a la **Compañía**. El **Administrador de Grupo** debe cancelar la prima en un solo pago.

### 12.4 PERÍODO DE GRACIA

Si la **Compañía** no recibe el pago de la prima (o cualquier porción del pago) o cualquier otro pago correspondiente a esta **póliza** que el **Asegurado Titular** deba a la **Compañía** en la **fecha de vencimiento** del pago, la **Compañía** concederá un **período de gracia** de treinta (30) días calendario a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada.

### 12.5 DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA

Si el **contrato** o la cobertura de un **asegurado** es cancelada luego de haber sido emitida, rehabilitada o renovada, la **Compañía** reembolsará la porción no devengada de la prima. La porción no devengada de la prima se basa en el número de días correspondientes a la modalidad de pago menos el número de días que el **contrato** o la cobertura del **asegurado** estuvieron en vigor.

## 13. RENOVACIÓN

### 13.1 RENOVACIÓN DEL CONTRATO

La renovación de las **pólizas** depende de que el **contratante** renueve el **contrato** con la **Compañía**. La renovación de las **pólizas** está sujeta a discreción del **contratante**.

### 13.2 CAMBIOS DE TARIFA DE PRIMAS

La **Compañía** se reserva el derecho de cambiar las tarifas de prima en la **fecha de renovación**. La **Compañía** también podrá cambiar los beneficios que están cubiertos y los límites de dichos beneficios, y los términos y condiciones del **contrato**. 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. Cualquier ajuste será notificado al **Administrador de Grupo** por lo menos treinta (30) días antes de la fecha efectiva de dicho cambio. El **contratante** podrá terminar el **contrato** a partir de la fecha efectiva del cambio propuesto si ambas partes no están de acuerdo con dicho cambio.

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

### 13.3 CONDICIONES DE RENOVACIÓN

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

La **Compañía** informará al **contratante** con al menos treinta (30) días hábiles de anticipación a la **fecha de aniversario** de la **póliza**, los valores de la prima y el **deducible** correspondiente. En cada **fecha de aniversario** se aplicará el **deducible** contratado que corresponda al plan si el **contratante** no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, y se renovará en los términos y condiciones similares al plan original.

En caso de que el **Asegurado Titular** cambie de residencia u ocupación, la renovación de la **póliza** quedará sujeta a la aprobación de la **Compañía**.

### 13.4 NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO

La **Compañía** se reserva el derecho de no renovar el **contrato** o la cobertura de cualquier **Asegurado Titular** si se descubre que las declaraciones en el **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico** son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude.

El **contratante** se reserva el derecho de cancelar el **contrato** enviando notificación por escrito con dos (2) meses de anticipación a la **fecha de renovación** del mismo.

La **Compañía** se reserva el derecho de cancelar, no renovar o modificar el **contrato** en base a la **clase**, tal como se define en el numeral 4.15. El **contratante** se reserva el derecho de cancelar el **contrato** enviando notificación por escrito con dos (2) meses de anticipación a la **fecha de renovación** del mismo.

### 13.5 AVISO DE CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL SEGURO DE GRUPO

Las notificaciones por Morosidad y Aviso de Cancelación por incumplimiento por parte del **contratante** se enviarán a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de la **Compañía**, con copia al corredor de seguros, si hubiere y con una antelación de quince (15) días hábiles a la finalización del **período de gracia**. Una vez finalizado este período de quince (15) días se entenderá que la **póliza** está cancelada de pleno derecho y la **Compañía** no tendrá obligación alguna con el **contratante** ni los **Asegurados Titulares** y sus **dependientes** a partir de este momento.

En caso de que la **Compañía** no haga la notificación del aviso de cancelación al **contratante** de conformidad con la ley vigente, el **contrato** de seguros subsistirá y se aplicará lo que dispone el Código de Comercio, el Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria, o las leyes que los reformen o modifiquen.

### 13.6 CAMBIO DE OPCIÓN DE COBERTURA O PLAN DE DEDUCIBLE

En la **fecha de aniversario** del **contrato**, el **contratante** puede solicitar un cambio de **opción** o plan de **deducible** para el grupo completo. Si el cambio es aprobado, la **Compañía** ajustará la prima a partir de la fecha de vigencia del cambio. Los cambios de **opción** o plan de **deducible** para un **Asegurado Titular** no serán aprobados. Para **Grupos Colectivos**, durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha de vigencia del cambio, los beneficios pagaderos estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva **opción** o plan o la **opción** o plan anterior, mientras que los beneficios por maternidad y para el **recién nacido** estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva **opción** plan o la opción o plan anterior durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha de vigencia del cambio (aplica para maternidad). Para **Grupos Experiencia**, los beneficios bajo la nueva **opción** o plan entrarán en vigencia a partir de la fecha del cambio.

## 14. 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 **país de residencia**, la **Compañía** funcionará como la principal compañía aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago

de cualquier otra compañía aseguradora. La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios: La liquidación de siniestro y copia de las facturas pagadas por la compañía aseguradora local que contengan información sobre el **diagnóstico**, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.

## 15. TERMINACIÓN ANTICIPADA

### 15.1 TERMINACIÓN DE COBERTURA POR PARTE DEL CONTRATANTE

El **contratante** podrá cancelar el **contrato** si éste es devuelto a la **Compañía** durante los diez (10) días siguientes a su recibo para el reembolso de todas las primas pagadas. De ser devuelto, el **contrato** será considerado nulo como si nunca hubiese sido emitido.

El **contratante** podrá cancelar una **póliza** por cualquier razón enviando una notificación a la **Compañía** tal como se indica en el numeral 5.2.

### 15.2 TERMINACIÓN DE COBERTURA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA

#### 15.2.1 DECLARACIONES FRAUDULENTAS

La **Compañía** se reserva el derecho de cancelar o rescindir una **póliza** si se descubre que las declaraciones en el **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico** son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude. La **Compañía** se reserva el derecho de dar por terminada una **póliza** de seguro con base en la omisión de información requerida por parte del **Asegurado Titular** de conformidad con el Código de Comercio, el Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria.

#### 15.2.2 CANCELACIÓN POR POSIBLE INFRACCIÓN DE LA LEY U ORDEN JUDICIAL

La **Compañía** podrá dar por terminada una **póliza** inmediatamente si considera que el continuar proporcionando cobertura la **Compañía** y/o el **Asegurado Titular** pueda infringir cualquier ley, regulación, código u orden judicial.

#### 15.2.3 CANCELACIÓN POR PROHIBICIÓN DE LEY

La **Compañía** se reserva el derecho de cancelar o rescindir una **póliza** si las obligaciones de la **Compañía** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes aplicables vigentes, o si la misma infringe de cualquier manera las leyes aplicables vigentes a la **Compañía** o a cualquiera de las entidades relacionadas a la **Compañía**.

## 16. RECLAMACIÓN DE SINIESTROS

### 16.1 REQUISITO DE NOTIFICACIÓN

El **asegurado** debe notificar a la **Compañía** por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier **tratamiento** médico. El **tratamiento de emergencia** debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho **tratamiento**. Si el **asegurado** no se comunica con la **Compañía** como se indica en este documento, 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 **coaseguro** de su plan, si corresponden.

### 16.2 PRUEBA DE RECLAMACIÓN

El **Asegurado Titular** deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados al domicilio principal de la **Compañía**. El plazo para presentar cualquier reclamación bajo la presente **póliza** prescribe en ciento ochenta (180) días. El no cumplir con lo establecido en este numeral resultará en la denegación de la reclamación.

### 16.3 DOCUMENTACIÓN PARA REEMBOLSO

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 **contratante** y el **asegurado** o sus **dependientes** renuncian al secreto de sus expedientes médicos, los cuales podrán ser exigidos y conocidos por 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.

#### 16.4 REQUISITO PARA PAGO DE BENEFICIOS DE HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS

Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta **póliza**, los hijos **dependientes** que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar un certificado de la universidad como evidencia de que son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el **Asegurado Titular** confirmando que dichos hijos **dependientes** son solteros.

#### 16.5 DEBIDA COLABORACIÓN

El **asegurado** debe proporcionar a la **Compañía** todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la **Compañía**, y firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la **Compañía** obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con la **Compañía**, o el no autorizar el acceso de la **Compañía** a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que una reclamación sea denegada. El **asegurado** deberá proporcionar a la **Compañía** cualquier ayuda necesaria para que la **Compañía** pueda gestionar la reclamación.

#### 16.6 EXÁMENES FÍSICOS

La **Compañía** se reserva el derecho de solicitar exámenes físicos de cualquier **asegurado** cuya **lesión, enfermedad o dolencia** sea la base de la reclamación, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de la **Compañía** antes de llegar a una conclusión sobre la reclamación.

#### 16.7 SOLICITUD DE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

Si un cirujano ha recomendado que el **asegurado** sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de **emergencia**, el **asegurado** debe notificar a la **Compañía** 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 coordinado por la **Compañía**. 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 confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en la **póliza**.

Si el **asegurado** no obtiene la **segunda opinión quirúrgica** requerida, él/ella será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de **médicos y hospitales** relacionados con la reclamación, además del **deducible y coaseguro**, si corresponden.

### 17. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

#### 17.1 PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

La **Compañía** no está obligada a pagar por ningún beneficio cubierto si el formulario de solicitud de reembolso es recibido por la **Compañía** después de ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del **tratamiento** o servicio, a menos de que la solicitud de reembolso no haya podido ser presentada en este plazo por causa de fuerza mayor o caso fortuito, tal como se establece en la legislación ecuatoriana.

#### 17.2 PROHIBICIÓN POR LEYES EXTRANJERAS O INTERNACIONALES

La **Compañía** no proporcionará cobertura o pagará ninguna reclamación bajo esta **póliza** si las obligaciones de la **Compañía** y las de sus compañías afiliadas están prohibidas según las leyes de las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales. La **Compañía** generalmente informará al **Asegurado Titular** cuando éste sea el caso, excepto cuando esto sea prohibido por la ley o cuando esto comprometa las medidas de seguridad de la **Compañía**.

#### 17.3 INDEMNIZACIÓN EN CASO DE TERMINACIÓN DE COBERTURA

En caso de terminación de cobertura por cualquier razón, la cobertura finaliza en la fecha cuando se hace efectiva la terminación, y la **Compañía** solamente será responsable por el **tratamiento** cubierto bajo los términos del **contrato** que se haya llevado a cabo antes de la fecha de terminación. No se proporcionará cobertura para ningún **tratamiento** que se lleve a cabo después de la fecha efectiva de la terminación, independientemente de cuándo se manifestó la condición por primera vez o cuánto **tratamiento** adicional sea necesario.

### 18. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

#### 18.1 PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR

El objetivo de la **Compañía** es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta **póliza** cuando sea posible. De lo contrario, el **asegurado** deberá pagar al proveedor directamente y posteriormente presentar la reclamación a la **Compañía**, adjuntando todas las facturas válidas, cartas relevantes y cualquier otro documento relacionado con la cobertura de los beneficios sobre los cuales el **asegurado** está presentando la reclamación. Cuando sea requerido por la **Compañía**, el **asegurado** deberá proporcionar las facturas originales. La **Compañía** no está en posibilidad de regresar documentación original al **asegurado**; sin embargo, la **Compañía** podrá enviarle copia de los mismos.

#### 18.2 REEMBOLSO

El reembolso corresponderá a la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la **Compañía** y la tarifa **usual, acostumbrada y razonable** para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del **Asegurado Titular**.

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

En casos de reembolso, la **Compañía** reembolsará al **Asegurado Titular**, salvo que formule objeciones, máximo hasta treinta (30) días después de que el **asegurado** haya presentado la notificación sobre la ocurrencia del siniestro, aparejada de los documentos que establece esta **póliza** para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida.

### 18.3 MONEDA DE PAGO Y TIPO DE CAMBIO

La tasa de cambio utilizada para procesar pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos será determinada según la fecha de prestación del servicio, a discreción de la **Compañía**. Adicionalmente, la **Compañía** se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o **tratamiento**.

### 18.4 PAGOS DISCRECIONALES

Puede ser que en algunas ocasiones, la **Compañía** pague por servicios médicos o beneficios no cubiertos bajo esta **póliza**. Estos pagos son llamados pagos discrecionales o “ex gratia”. Cualquier pago ex gratia se hará a única y a completa discreción de la **Compañía** y el cual nunca sobrepasará el total de la **suma asegurada** correspondiente a esta **póliza**. El hecho de que la **Compañía** decida en cualquier momento hacer un pago discrecional o ex gratia no implica modificación tácita del presente **contrato**, por lo que bajo ninguna circunstancia se entenderá que la **Compañía** esté obligada a hacer un pago idéntico o similar en el futuro.

## 19. REDUCCIÓN Y RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA

---

### 19.1 SUMA ASEGURADA

La **suma asegurada** establecida en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** aplica por **asegurado**, por **año póliza**.

### 19.2 LÍMITES DE LOS BENEFICIOS

Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada **asegurado**. Algunos límites aplican por **año póliza**, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que se renueve la **póliza** de seguro. Otros límites y sub-límites, tal como se describen en la **Tabla de Beneficios** del Anexo de Condiciones Específicas del plan correspondiente, aplican de forma vitalicia, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la renovación de la **póliza**.

## 20. CESIÓN DE LA PÓLIZA

---

### 20.1 PROHIBICIÓN DE LA PÓLIZA

Esta **póliza** no podrá ser cedida o traspasada sin previo consentimiento de la **Compañía**.

## 21. CONTRATO

---

### 21.1 INSOLVENCIA

La insolvencia, bancarota, dificultad financiera, plan voluntario de pago a acreedores, o disolución del negocio del **contratante** no impondrá ninguna responsabilidad sobre la **Compañía** que no haya sido específicamente determinada en el **contrato**.

## 22. SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN

---

### 22.1 SUBROGACIÓN EN DERECHO DE ACCIÓN

Si el **tratamiento** necesario es resultado de la culpabilidad de un tercero, por ejemplo, una **lesión** sufrida durante un **accidente** en el cual el **asegurado** es la víctima, el **asegurado** debe notificar a la **Compañía** por escrito lo antes posible o completar la sección correspondiente en el formulario de solicitud de reembolso. Si ese es el caso, la **Compañía** solicita que el **asegurado** tome las acciones necesarias para:

- (a) Recuperar de la parte culpable (a través de su compañía de seguro) el costo del **tratamiento** pagado por la **Compañía**, y
- (b) Reclamar cualquier interés, si corresponde.

Si el **asegurado** logra recuperar el costo de cualquier **tratamiento** por el cual la **Compañía** haya pagado, el **asegurado** debe reembolsar esa cantidad (y el interés correspondiente) a la **Compañía**. La **Compañía** se reserva el derecho de subrogación o reembolso de y en nombre del **asegurado** a quien ha pagado cualquier reclamación, si dicho **asegurado** ha recuperado todo o parte de dichos pagos de la parte responsable. Además, la **Compañía** se reserva el derecho de proceder en nombre del **asegurado**, asumiendo los gastos, contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta **póliza**, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta **póliza**.

## 23. CAMBIOS A LA PÓLIZA

---

### 23.1 MODIFICACIONES

Los términos y condiciones de la **póliza** pueden modificarse en ciertas ocasiones a través del **contrato** entre el **contratante** y la **Compañía**. Únicamente la **Compañía** y el **contratante** podrán modificar el **contrato** y la cobertura de la **póliza**. Ningún cambio será válido a menos de que sea confirmado por escrito por la **Compañía**. Todas las modificaciones o **endosos** a esta **póliza** deberán ser firmados por un funcionario autorizado de la **Compañía** y del **contratante**.

Ningún corredor de seguros tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones al **contrato** o a la **póliza**. Después de que la **póliza** ha sido emitida, ningún cambio será considerado válido a menos que sea acordado expresamente entre el **contratante** y la **Compañía** y sea hecho constar por un **endoso o enmienda** a la **póliza**, firmado por ambas partes.

### 23.2 PERÍODO PARA REALIZAR MODIFICACIONES

La **Compañía** podrá hacer modificaciones al **contrato** o a la **póliza** durante el **año póliza** solamente cuando se traten de cambios legales o regulatorios, y dichos cambios apliquen a todos los **asegurados** para mejorar la cobertura que reciben de la **Compañía**. Cuando este sea el caso, la **Compañía** notificará al **contratante** por escrito sobre los cambios con la debida anticipación, siempre que esto sea posible.

## 24. AVISO DE PRIVACIDAD

### 24.1 CONFIDENCIALIDAD

La **Compañía** toma la confidencialidad de la información personal de sus **asegurados** seriamente. La confidencialidad de la información de pacientes y **asegurados** es una prioridad de la **Compañía** y sus compañías afiliadas. Con este fin, la **Compañía** cumple con las leyes correspondientes de protección de la información y con los reglamentos de confidencialidad médica.

La **Compañía** en ocasiones usa los servicios de terceros para procesar información. Este proceso, que puede llevarse a cabo fuera de su jurisdicción en países donde no se ofrece el mismo nivel de protección que el de la **Compañía**, estará siempre sujeto a restricciones contractuales con respecto a las obligaciones de confidencialidad y seguridad de la información.

### 24.2 INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

La **Compañía** podrá compartir la información de los **dependientes** con el **Asegurado Titular**, incluyendo información sobre beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de **deducible** cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar la prestación de **beneficios cubiertos**.

### 24.3 POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Tanto el **Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico** como el formulario de solicitud de reembolso contienen información más detallada sobre cómo la **Compañía** procesa la información personal de los **asegurados**, y a través de dichos documentos la **Compañía** solicita la autorización del **Asegurado Titular** para procesar su información personal, así como la de sus **dependientes**. El **Asegurado Titular** puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la **Compañía** en [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com).

## 25. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

### 25.1 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 **Compañía** en su domicilio principal. Al recibir la petición, el comité de apelaciones de la **Compañía** 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.

### 25.2 RECLAMO ADMINISTRATIVO

La **Compañía** podrá objetar por escrito y motivadamente dentro del plazo antes mencionado en el numeral 28, 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.

### 25.3 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, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo, a arbitraje o mediación. Los árbitros deberán, no obstante, juzgar más bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho escrito. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.

## 26. JURISDICCIÓN

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

### 26.1 INTERPRETACIÓN

En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta **póliza** debido al lenguaje, la versión en español tendrá precedencia sobre la versión en cualquier otro idioma.

## 26.2 VACÍOS CONTRACTUALES

En lo no previsto en las presentes Condiciones Generales y/o en las **Condiciones Particulares**, esta **póliza** y el **contrato** entre la **Compañía** y el **contratante** se regirán por las disposiciones legales que rigen la materia.

## 27. NOTIFICACIONES

---

### 27.1 CAMBIO DE DOMICILIO O DATOS DE CONTACTO

El **Administrador de Grupo** deberá notificar a la **Compañía** cualquier cambio de dirección del **Asegurado Titular** y/o **contratante**; de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la **Compañía**.

El **Administrador de Grupo** deberá informar a la **Compañía** dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio si algún **Asegurado Titular** se muda a otro país o si cambia su **país de residencia**. Un cambio del **país de residencia** podrá resultar en la terminación de la cobertura si la ley del país a donde se mude el **Asegurado Titular**, o su **país de residencia**, o cualquier otra ley aplicable a la **Compañía** o a esta **póliza** le prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los residentes o ciudadanos de ese país.

La **Compañía** enviará un nuevo **Certificado de Cobertura** al **Asegurado Titular** si:

- (a) Se añade a la **póliza** otro **dependiente**, como un hijo **recién nacido** o un cónyuge, con la aprobación del **Administrador de Grupo**.
- (b) La **Compañía** necesita hacer constar cualquier otro cambio solicitado por el **Administrador de Grupo** o cualquier cambio que la **Compañía** tenga el derecho de hacer.

El nuevo **Certificado de Cobertura** reemplazará cualquier versión anterior que posea el **Asegurado Titular** a partir de la fecha de efectividad que aparece en el nuevo **Certificado de Cobertura**.

## 28. 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, conforme lo establecido en el Código de Comercio, el Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria.

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 50832, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00080203-O del 27 de septiembre de 2018.

**Anexo 1 Prestaciones de Prevención Primaria Incluidas en Tarifa Cero**

<b>CICLO DE VIDA</b>	<b>TIPO DE PRESTACIÓN</b>	<b>ACTIVIDAD ESPECÍFICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
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.		LABORATORIO CON LA ORDEN DEL NEONATÓLOGO/ PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR

<b>CICLO DE VIDA</b>	<b>TIPO DE PRESTACIÓN</b>	<b>ACTIVIDAD ESPECÍFICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
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).		PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL
	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
	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría en consulta para evaluación del bienestar del niño sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a; importancia de la vacunación y una buena alimentación; higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar; estimulación psicomotriz, de aptitudes intelectuales, prevención de discapacidades; variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a; promover la salud oral y prevención de caries.		PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR
	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta)	Información en consulta para evaluación del bienestar del de niño, sobre recomendación de desparasitación 1 vez al año; detección clínica precoz de problemas en las habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales, prevención de maltrato físico, psicológico, sexual; pertinencia de la valoración de agudeza y/o ceguera visual y valoración auditiva; importancia de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis; asesoría sobre suplemento de micronutrientes.		PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR

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

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
EMBARAZO SOLO PLAN 1	CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO SIN RIESGO	Control Prenatal de 4 a 6 visitas, incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Consulta gineco-obstétrica.</li> <li>· Valoración e interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno</li> <li>· Clasificación de riesgo obstétrico.</li> <li>· Evaluación de bienestar fetal.</li> </ul>	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 FERTIL	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.		MÉDICO GENERAL/ GINECO-OBSTETRA/ MÉDICO FAMILIAR
		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.		





