

CONDICIONES  
GENERALES  
GLOBAL ULTIMATE  
HEALTH PLAN





# CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA “GLOBAL ULTIMATE HEALTH PLAN”

En este documento, y tal como se describe en el numeral 4 “Definiciones”, el término “**Aseguradora**” se refiere a Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros, y el término “**Asegurado Titular**” se refiere al **asegurado** principal nombrado en la **solicitud de seguro de salud**. Previo al pago de la prima, la **Aseguradora** se compromete a cubrir al **Asegurado Titular** los beneficios estipulados en esta **póliza** y sujeto a los términos y condiciones de la misma.

Los términos definidos en las Definiciones corresponden a los términos destacados en negrilla en este documento.

No.	CLÁUSULA
1.	AMPARO BÁSICO
1.1	COBERTURA: La <b>Aseguradora</b> únicamente cubrirá los gastos relacionados con los <b>beneficios cubiertos</b> , de conformidad con lo establecido en la <b>Tabla de Beneficios</b> .
1.2	<p>DEDUCIBLE: Se entiende por <b>deducible</b> la cantidad de gastos cubiertos que debe ser pagada por el <b>Asegurado Titular</b> antes de que los beneficios de la <b>póliza</b> sean pagaderos. Los gastos incurridos en el Ecuador están sujetos al <b>deducible</b> en este país. Los gastos incurridos fuera del Ecuador están sujetos al <b>deducible</b> fuera del <b>país de residencia</b>. Su <b>póliza</b> contempla el pago de un <b>deducible</b> anual obligatorio dentro del <b>país de residencia</b> y otro fuera del <b>país de residencia</b>, por cada <b>año póliza</b>, según el plan seleccionado por el <b>Asegurado Titular</b>, los cuales están especificados en las <b>Condiciones Particulares</b>.</p> <p>Los <b>deducibles</b> anuales aplican por separado al <b>Asegurado Titular</b> y a cada uno de sus <b>dependientes</b>. Tanto el <b>Asegurado Titular</b> como cada uno de sus <b>dependientes</b> deberán cubrir los <b>deducibles</b> anuales correspondientes, los cuales son reinstalables cada <b>año póliza</b>.</p> <p>Si corresponde el pago del <b>deducible</b> anual, el <b>Asegurado Titular</b> será responsable por el pago del <b>deducible</b> correspondiente a cada <b>asegurado</b> cubierto bajo su <b>póliza</b> directamente al proveedor hasta alcanzar el total del <b>deducible</b> anual correspondiente. Deberá cubrirse el <b>deducible</b> antes de que inicie la responsabilidad de la <b>Aseguradora</b> de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la <b>suma asegurada</b>. Todas las cantidades correspondientes al pago de <b>deducibles</b> se acumulan hasta un total máximo por <b>póliza</b> equivalente a la suma de dos (2) <b>deducibles</b> individuales por <b>año póliza</b>. Todos los <b>asegurados</b> bajo la <b>póliza</b> contribuyen para alcanzar las cantidades máximas de los <b>deducibles</b> dentro y fuera del <b>país de residencia</b>. Una vez que las cantidades máximas correspondientes al <b>deducible</b> por <b>póliza</b> han sido alcanzadas, la <b>Aseguradora</b> considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada <b>asegurado</b> por concepto de <b>deducible</b>.</p> <p>Los costos por encima de las cantidades máximas especificadas en la <b>Tabla de Beneficios</b> no se tomarán en cuenta para el cálculo del <b>deducible</b> anual.</p> <p>Aun cuando la cantidad que el <b>Asegurado Titular</b> esté reclamando sea menor que el total del <b>deducible</b> anual, el <b>Asegurado Titular</b> debe enviar a la <b>Aseguradora</b> su reclamación para que la <b>Aseguradora</b> sepa cuándo el <b>asegurado</b> correspondiente ha cubierto su <b>deducible</b> anual.</p> <p>Los gastos elegibles incurridos por el <b>asegurado</b> durante los últimos tres (3) meses del <b>año póliza</b> que sean utilizados para satisfacer el <b>deducible</b> correspondiente para ese <b>año póliza</b>, serán aplicados al <b>deducible</b> del <b>asegurado</b> para el siguiente <b>año póliza</b>.</p> <p>En caso de <b>accidente</b>, no se aplicará <b>deducible</b> en los gastos incurridos durante el <b>año póliza</b> en que ocurrió el <b>accidente</b>.</p>

No.	CLÁUSULA
1.3	<p>AVISO DE SINIESTRO: El <b>asegurado</b> deberá obtener pre-autorización por cualquier beneficio cubierto cuando así se indique en la <b>Tabla de Beneficios</b>. El <b>asegurado</b> deberá obtener una pre-autorización subsecuente si los servicios para el beneficio cubierto no se reciben dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de la pre-autorización original.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá notificar a la <b>Aseguradora</b> por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El <b>tratamiento de emergencia</b> deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho <b>tratamiento</b>.</p> <p>Si el <b>asegurado</b> no se comunica con la <b>Aseguradora</b> como se establece en este numeral, éste será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y <b>hospital</b> relacionados con la reclamación, además del <b>deducible</b>, si corresponde.</p> <p>Los detalles sobre cómo obtener pre-autorización para ciertos <b>beneficios cubiertos</b> están disponibles en la Guía de Bienvenida.</p>
1.4	<p>REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN: Antes de cualquier autorización y/o de pagar cualquier reclamación, la <b>Aseguradora</b> podrá solicitar al <b>asegurado</b> cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos y reportes médicos; de igual forma, la <b>Aseguradora</b> podrá requerir al <b>asegurado</b> que se realice exámenes médicos con el <b>médico</b> de la elección de la <b>Aseguradora</b> (bajo el costo de la <b>Aseguradora</b>), quien a su vez proporcionará a la <b>Aseguradora</b> un reporte médico sobre el estado de salud del <b>asegurado</b>.</p> <p>Cuando la <b>Aseguradora</b> así lo solicite, el <b>asegurado</b> deberá firmar todos los formularios de autorización necesarios para que la <b>Aseguradora</b> obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos de los proveedores de servicios que correspondan. El no cooperar con la <b>Aseguradora</b> en tiempo oportuno, o el no autorizar el acceso de la <b>Aseguradora</b> a los resúmenes clínicos y reportes médicos, podrá resultar en un retraso en la autorización previa, y consecuentemente, en el pago de la reclamación. Si el <b>asegurado</b> no coopera con la <b>Aseguradora</b> para proporcionarle toda la información necesaria para que la <b>Aseguradora</b> esté en posibilidades de apreciar correctamente el riesgo a cubrir, puede ser causa suficiente para que las obligaciones de la <b>Aseguradora</b> queden extinguidas, y por ende, la <b>Aseguradora</b> no estará obligada a cubrir los gastos reclamados.</p>
1.5	<p>CONDICIONES PREEXISTENTES: Si la <b>Aseguradora</b> no ha incluido en el documento de <b>Condiciones Particulares</b> una exclusión personal o limitación, esto significa que cualquier <b>condición preexistente</b> que el <b>asegurado</b> haya declarado en la <b>solicitud de seguro de salud</b> está cubierta bajo la <b>póliza</b>, de acuerdo a las siguientes condiciones:</p> <p>Para efectos de esta <b>póliza</b>, las <b>condiciones preexistentes</b> se clasifican en dos (2) categorías:</p> <p>(a) Las que son declaradas al momento de llenar la <b>solicitud de seguro de salud</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="199 1187 1516 1276">i. Estarán cubiertas inmediatamente cuando el <b>asegurado</b> haya estado libre de <b>síntomas, signos o tratamiento</b> durante un período de cinco (5) años antes de la <b>fecha del inicio de vigencia</b>, a menos que estén excluidas específicamente en un <b>endoso</b> a la <b>póliza</b>.</li> <li data-bbox="199 1288 1516 1377">ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la <b>fecha del inicio de vigencia</b>, cuando el <b>asegurado</b> presente <b>síntomas, signos o tratamiento</b> en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la <b>fecha del inicio de vigencia</b>, a menos que estén excluidas específicamente en un <b>endoso</b> a la <b>póliza</b>.</li> </ol> <p>(b) Las que no son declaradas al momento de llenar la <b>solicitud de seguro de salud</b>: Estas <b>condiciones preexistentes</b> nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la <b>póliza</b> se encuentre en vigor. Además, la <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de dar por terminado el <b>contrato</b> de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del <b>Asegurado Titular</b> 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.</p>

No.	CLÁUSULA									
2.	TABLA DE BENEFICIOS									
2.1	<p><b>COBERTURA Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS:</b> La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de esta <b>póliza</b> está sujeta a los términos y condiciones de la misma. Hay tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la <b>Tabla de Beneficios</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El “límite máximo” – la máxima cantidad que la <b>Aseguradora</b> pagará en total por todos los beneficios, por cada <b>asegurado</b>, por cada <b>año póliza</b></li> <li>○ “De por vida” – la cantidad máxima del beneficio que la <b>Aseguradora</b> pagará por cada <b>asegurado</b> durante su vida</li> <li>○ Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días o “sub-límites”– la cantidad máxima que la <b>Aseguradora</b> pagará por ciertos beneficios específicos listados en la <b>Tabla de Beneficios</b>.</li> </ul> <p>Todos los límites de los <b>beneficios cubiertos</b> se aplican de forma individual para cada <b>asegurado</b>. Algunos límites aplican por <b>año póliza</b>, 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 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 <b>póliza</b>.</p>									
2.2	<p><b>BENEFICIOS CUBIERTOS:</b> La <b>Tabla de Beneficios</b> proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto bajo la póliza y los límites de los beneficios. La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la <b>póliza</b> está sujeta a los términos y condiciones de esta <b>póliza</b>. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por <b>asegurado</b>, por <b>año póliza</b>.</p> <p>Todas las cantidades relativas a los <b>beneficios cubiertos</b> y <b>deducibles</b>, se entenderán referidas a dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados de los <b>beneficios cubiertos</b> después de satisfecho el <b>deducible</b> correspondiente. Todos los <b>beneficios cubiertos</b> serán pagados por la <b>Aseguradora</b> considerando el gasto <b>usual, acostumbrado y razonable</b> para dicho <b>tratamiento</b> o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.</p> <p>A los <b>beneficios cubiertos</b> pueden aplicársele exclusiones o restricciones específicas de cada <b>asegurado</b>. Favor de consultar el numeral 3 Exclusiones y limitaciones de las Condiciones Generales de la <b>póliza</b> antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios que se describen en la <b>Tabla de Beneficios</b>.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> sólo cubrirá como parte de los <b>beneficios cubiertos</b> aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la FDA (<i>Food and Drug Administration</i> de los Estados Unidos de América) o por el Ministerio de Salud de la República de Ecuador o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el <b>tratamiento</b> médico.</p>									
2.3	<p><b>SUMA ASEGURADA:</b> Ilimitada. Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al <b>límite máximo</b> total anual de la <b>póliza</b>.</p>									
2.4	<p><b>OPCIONES DE DEDUCIBLE:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Plan</th> <th>Dentro del <b>país de residencia</b></th> <th>Fuera del <b>país de residencia</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>US\$0</td> <td>US\$0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>US\$1,000</td> <td>US\$1,000</td> </tr> </tbody> </table>	Plan	Dentro del <b>país de residencia</b>	Fuera del <b>país de residencia</b>	1	US\$0	US\$0	2	US\$1,000	US\$1,000
Plan	Dentro del <b>país de residencia</b>	Fuera del <b>país de residencia</b>								
1	US\$0	US\$0								
2	US\$1,000	US\$1,000								

No. CLÁUSULA	
2.5	TABLA DE BENEFICIOS Y CONDICIONES GENERALES:
BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
2.5.1 Hospitalización y Tratamiento en el Hospital	
Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el <b>hospital</b>	
<p><b>Alojamiento en el hospital y alimentos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos generados por la <b>hospitalización y tratamiento</b> hospitalario del <b>asegurado</b>, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o exista una necesidad médica de permanecer en el <b>hospital</b>,</li> <li>o el <b>tratamiento</b> sea proporcionado o administrado por un <b>especialista</b>, y</li> <li>o la duración de su estadía sea médicamente justificada.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, de lujo o similares. Si los gastos del <b>tratamiento</b> están ligados a un tipo de habitación, la <b>Aseguradora</b> pagará el costo del <b>tratamiento</b> al precio que se cobraría si ocupara una suite.</p> <p>Para pacientes internados por 5 noches o más, el <b>asegurado</b> o su <b>médico</b> deberán enviar a la <b>Aseguradora</b> un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el <b>tratamiento</b> recibido, el <b>tratamiento</b> planificado y la fecha en la que se dará de alta.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará hasta US\$20 por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.</p>	100% habitación suite
<p><b>Gastos de alojamiento para acompañantes en caso de hospitalización</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos generados por habitación y alimentos diarios para hasta tres acompañantes en el hospital donde se encuentra el <b>asegurado</b> o en un hotel cercano, incluyendo el costo de transporte entre el hotel y el hospital, cuando el <b>asegurado</b> se encuentre hospitalizado recibiendo <b>tratamiento</b> cubierto por más de 5 noches.</p>	US\$17,000 por <b>año póliza</b> a partir del quinto día
<p><b>Cama extra en el hospital para acompañante</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de cama extra para una persona acompañante, cuando el <b>asegurado</b> esté recibiendo un <b>tratamiento</b> cubierto.</p>	100% para una persona
<p><b>Derecho a sala, insumos, materiales clínicos y medicamentos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos generados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o la sala de operaciones,</li> <li>o la sala de recuperación,</li> <li>o medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y</li> <li>o medicamentos y material de curación utilizados mientras el <b>asegurado</b> esté internado en el <b>hospital</b>.</li> </ul> <p>En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.</p>	100%
<p><b>Cuidados intensivos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de <b>tratamiento</b> en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea <b>médicamente necesario</b> o cuando sea una parte esencial del <b>tratamiento</b>.</p>	100%
<p><b>Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, arsenalero y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la <b>hospitalización</b> cubierta por esta <b>póliza</b>.</p> <p>Los honorarios de <b>médicos</b>, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, <b>especialistas</b> y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean <b>médicamente necesarios</b> durante la cirugía o <b>tratamiento</b>.</p>	100%
<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y <b>exámenes de diagnóstico</b>, siempre y cuando sean prescritos por un <b>especialista</b> para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el <b>asegurado</b> esté hospitalizado.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar los numerales 3.15 y 3.29.</p>	100%

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento</b> suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, <b>quinesiólogos</b>, <b>fonoaudiólogos</b> y <b>nutricionistas</b> si se requiere como parte de su <b>tratamiento</b> hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos <b>tratamientos</b> no sean el único motivo de su <b>hospitalización</b> y la <b>enfermedad o dolencia</b> principal se encuentre debidamente cubierto bajo esta <b>póliza</b>.</p> <p>Cualquier <b>tratamiento</b> cubierto bajo este beneficio durante la <b>hospitalización</b> requerirá autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar los numerales 3.18, 3.27 y 3.38.</p>	100%
<p>Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses)</p> <p>La <b>Aseguradora</b> podrá cubrir este <b>tratamiento</b>, sujeto a los criterios siguientes si el <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida,</li> <li>○ Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso,</li> <li>○ Presenta evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y</li> <li>○ Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento.</li> </ul> <p>La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el contralor médico de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p><b>Importante:</b> El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar el numeral 3.38.</p>	100%
<p>Cirugía preventiva</p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%
<p>Prótesis</p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del <b>tratamiento</b>. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído.</p>	100%

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p><b>Implantes prostéticos y órtesis</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis:</p> <p>Implantes prostéticos (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ para reemplazar articulación o ligamento</li> <li>○ para reemplazar válvula cardiaca</li> <li>○ para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial</li> <li>○ para reemplazar un músculo del esfínter</li> <li>○ para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo</li> <li>○ para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga</li> <li>○ marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardiaco interno está sujeta a autorización previa)</li> <li>○ para remover exceso de líquidos en el cerebro</li> <li>○ implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer.</li> </ul> <p>Órtesis (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ una rodillera que es parte esencial de una <b>operación quirúrgica</b> para la reparación de un ligamento cruzado</li> <li>○ soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una <b>operación quirúrgica</b> de columna vertebral.</li> <li>○ fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello</li> </ul>	100%
<p><b>Cirugía reconstructiva</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cualquier <b>tratamiento</b> para restaurar la apariencia física del <b>asegurado</b> después de un <b>accidente, enfermedad o dolencia, lesión</b> o cirugía. La <b>Aseguradora</b> podrá pagar por la cirugía cuando la <b>enfermedad o dolencia, lesión</b> o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p><b>Nota:</b> Si el <b>médico</b> del <b>asegurado</b> recomienda <b>tratamiento</b> cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta <b>Tabla de Beneficios</b>.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar los numerales 3.31 y 3.36.</p>	100%
<b>2.5.2 Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios</b>	
<p><b>Imagenología avanzada</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ estudios de imagen por resonancia magnética (IRM)</li> <li>○ tomografía computarizada (TC)</li> <li>○ tomografía por emisión de positrones (PET)</li> </ul> <p>Los estudios deberán ser prescritos por el <b>médico o doctor</b> del <b>asegurado</b> como parte del diagnóstico o <b>tratamiento</b> de condiciones cubiertas.</p>	100%
<p><b>Condiciones congénitas</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá condiciones congénitas y hereditarias, independientemente de cuándo éstas se manifiesten por primera vez.</p>	100%

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p><b>Tratamiento contra el cáncer</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de cualquier <b>tratamiento</b> contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo los honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el <b>tratamiento</b> contra el cáncer. Lo anterior incluye exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar el numeral 3.34.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no cubre los gastos relacionados con <b>tratamientos</b> o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una <b>prueba clínica registrada</b> y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</p>	100%
<p><b>Servicio de trasplantes</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el <b>trasplante</b>, incluyendo consultas con <b>médicos</b> o <b>especialistas</b> y <b>tratamiento</b> médico cuando el <b>asegurado</b> se encuentre internado en el <b>hospital</b> o como <b>paciente ambulatorio</b>, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes <b>trasplantes</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ córnea</li> <li>○ intestino delgado</li> <li>○ riñón</li> <li>○ riñón/páncreas</li> <li>○ hígado</li> <li>○ corazón</li> <li>○ pulmón</li> <li>○ corazón/pulmón</li> </ul> <p>Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para <b>trasplante</b> de médula ósea y <b>trasplantes</b> de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de <b>tratamiento</b> de cáncer.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos del <b>donante</b> para cada condición médica que requiera de un <b>trasplante</b>, tanto si el <b>donante</b> está <b>asegurado</b> o no, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la recolección del órgano, ya sea de un <b>donante</b> vivo o muerto,</li> <li>○ los gastos por compatibilidad de tejidos</li> <li>○ los gastos de <b>hospital/operación</b> del <b>donante</b>, y</li> <li>○ cualquier complicación del <b>donante</b>, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar el numeral 3.25.</p>	100%
<p><b>Diálisis renal</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o <b>paciente ambulatorio</b></p>	100%
<p><b>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de (VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera.</p>	US\$1,500,000 de por vida
<p><b>Cobertura para actividades y deportes peligrosos</b></p> <p>Los costos relacionados con <b>tratamientos</b> derivados de la práctica de <b>actividades y deportes peligrosos</b>, tanto de forma amateur como profesional o por compensación, están cubiertos bajo esta <b>póliza</b>.</p>	100%
<p>2.5.3 Tratamiento Ambulatorio</p>	Cobertura
<p><b>Cirugía ambulatoria</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.</p>	100%

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados de <b>exámenes de diagnóstico</b> y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un <b>médico o doctor</b> para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un <b>tratamiento</b> médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología</li> <li>○ <b>Exámenes de diagnóstico</b>, como electrocardiogramas (ECG)</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar los numerales 3.15 y 3.29.</p>	100%
<p><b>Honorarios médicos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los honorarios por concepto de consulta con <b>especialistas, médicos o doctores</b> para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proponer un <b>tratamiento</b></li> <li>○ Dar seguimiento al <b>tratamiento</b> recibido previamente</li> <li>○ Recibir consultas o <b>tratamientos</b> pre y post hospitalarios</li> <li>○ Prescribir medicamentos</li> <li>○ Efectuar el diagnóstico relacionado con los <b>síntomas</b> manifestados</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar los numerales 3.8, 3.11 y 3.32.</p>	100%
<p><b>Enfermeros profesionales</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados al cuidado de enfermeros profesionales calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea <b>médicamente necesario</b>.</p>	100%
<p><b>Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y <b>tratamiento</b> de fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del <b>asegurado</b>.</p>	100%
<p><b>Terapeuta ocupacional y ortóptico</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y <b>tratamiento</b> con terapeutas ocupacionales y ortópticos.</p>	100%
<p><b>Podología</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con el <b>tratamiento</b> realizado por un podiatra, quiropodista o <b>especialista</b> profesional calificado en ortopedia, posterior a un diagnóstico y que forme parte del <b>tratamiento</b> prescrito por el <b>médico</b> tratante.</p>	100%
<p><b>Terapias complementarias</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y <b>tratamiento</b> de acupunturistas y reflexólogos con el objeto de restaurar la función física normal, cuando los profesionales estén debidamente calificados y registrados para ejercer en el país donde se recibe el <b>tratamiento</b>.</p> <p><b>Nota:</b> El <b>tratamiento</b> proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta será considerado como una visita separada.</p>	100%
<p><b>Consultas medicina alternativa</b></p> <p>Consultas y <b>tratamiento</b> con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el <b>tratamiento</b>.</p> <p><b>Nota:</b> Si cualquier medicina complementaria o <b>tratamiento</b> es proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta, estos costos serán considerados como una consulta independiente.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar el numeral 3.24.</p>	100%

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p><b>Medicamentos y materiales de curación con receta médica</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un <b>médico o doctor</b> de forma previa y que sean necesarios para tratar una <b>lesión, enfermedad o dolencia</b>.</p>	100%
<p><b>Equipo médico durable</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de la utilización de <b>equipo médico durable</b> y sus componentes, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ sea prescrito por un <b>médico</b></li> <li>○ cumpla con la definición de <b>equipo médico durable</b></li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del <b>equipo médico durable</b>.</p>	100%
<p><b>Asesoría nutricional</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará por consultas con un <b>nutricionista</b> si la asesoría nutricional está relacionada con una <b>enfermedad o dolencia</b> cubierto y diagnosticado, como la diabetes.</p>	100%
<b>2.5.4 Salud Mental</b>	
<p><b>Salud mental durante la hospitalización</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento psiquiátrico</b>, siempre y cuando sea <b>médicamente necesario</b> y la terapia se otorgue durante la estadía en el <b>hospital</b>.</p> <p>Cualquier <b>tratamiento psiquiátrico</b> cuando el <b>asegurado</b> esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar el numeral 3.19.</p>	100%
<p><b>Salud mental en ambulatorio</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los honorarios en el consultorio del <b>psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar los numerales 3.19 y 3.27.</p>	100%
<b>2.5.5 Embarazo y Parto</b>	
<p><b>Embarazo/parto (período de espera de 10 meses):</b></p>	
<p>La <b>Aseguradora</b> pagará a la <b>Asegurada Titular</b>, cónyuge o <b>conviviente</b> los gastos derivados del embarazo, parto y <b>complicaciones del embarazo</b>, del parto y del <b>recién nacido</b> hasta el límite establecido en este beneficio siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva <b>asegurada</b>.</p> <p>Esta cobertura no aplica para <b>aseguradas dependientes</b> diferentes a las aquí señaladas. Para disfrutar de este beneficio, la <b>asegurada dependiente</b> que no sea cónyuge o <b>conviviente</b> deberá optar por una <b>póliza</b> independiente donde sea la <b>Asegurada Titular</b> de forma previa al nacimiento de su hijo y siempre que haya estado asegurada en la <b>póliza</b> original inmediata anterior durante al menos 10 meses consecutivos cumplidos a partir de la <b>fecha del inicio de vigencia</b>.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar los numerales 3.4, 3.8, 3.22 y 3.32.</p>	

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>Parto normal y cesárea electiva en el hospital o clínica (período de espera de 10 meses)</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular</b>, cónyuge o <b>conviviente</b>. No aplica <b>deducible</b>.</p> <p>El <b>tratamiento</b> de maternidad y parto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o cargos de hospitales, honorarios de equipo médico, obstetras y matronas por parto natural o cesárea electiva,</li> <li>o cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural o cesárea electiva, como suturas, y</li> <li>o hasta 7 días de cuidado rutinario para el <b>recién nacido</b></li> </ul>	100%
<p>Cesárea médicamente necesaria (período de espera de 10 meses)</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular</b> o cónyuge o <b>conviviente</b> por gastos de <b>hospital</b>, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria. No aplica <b>deducible</b>.</p>	100%
<p>Tratamiento pre y post natal (período de espera de 10 meses)</p> <p>Una vez transcurridos los 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo la <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular</b>, cónyuge o <b>conviviente</b> por los cuidados de maternidad y <b>tratamiento</b> antes y después del parto.</p>	Cubierto bajo el beneficio de embarazo
<p>Complicaciones del embarazo y parto (período de espera de 10 meses)</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular</b>, cónyuge o <b>conviviente</b> por los gastos relacionados con cualquier <b>tratamiento</b> que sea <b>médicamente necesario</b> como resultado directo de <b>complicaciones del embarazo</b> o parto. No aplica <b>deducible</b>.</p> <p>Por <b>complicaciones del embarazo</b> o <b>complicaciones del recién nacido durante el parto</b> se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte fetal o del <b>recién nacido</b>.</p> <p>Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>asegurada</b> deberá contactar a la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa si es posible. Si requiere <b>hospitalización de emergencia</b> como resultado directo de <b>complicaciones del embarazo</b> o parto, la <b>asegurada</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> dentro de las 48 horas después de haber sido hospitalizada.</p>	US\$1,500,000 de por vida

#### Incorporación del recién nacido en la póliza

Para que el **recién nacido** de un embarazo cubierto disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, el **Asegurado Titular** y/o **contratante** deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Si la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, se requerirá una **solicitud de seguro de salud** para incluir al **recién nacido**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

La incorporación del **recién nacido** en la **póliza** queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente. La cobertura por **complicaciones del recién nacido durante el parto** está limitada al beneficio máximo descrito bajo el beneficio de “**complicaciones del embarazo y parto**”.

Si el **recién nacido** nace de un embarazo no cubierto, se le podrá agregar a la **póliza** cumpliendo con la obligación de pago de la prima y el envío de una **solicitud de seguro de salud**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la **Aseguradora**. Sin embargo, si alguno de los padres del **recién nacido** tiene por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua en esta **póliza**, 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 90 días después del parto.

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
2.5.6 Transporte y Viajes	

### Viajes de traslado

La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del **asegurado** al lugar más cercano en donde pueda recibir **tratamiento** apropiado, cuando el **tratamiento** que necesita no está disponible en un lugar cercano.

La cobertura por repatriación le ofrece al **asegurado** la opción adicional de volver a su **país de residencia** especificado o al **país de nacionalidad** especificado para ser tratado en un entorno familiar, cuando el **tratamiento** que necesita no está disponible en un lugar cercano.

Para todos los traslados médicos, tanto evacuaciones como repatriaciones:

- el **asegurado** debe contactar a la **Aseguradora** para recibir autorización previa antes de su traslado,
- el **tratamiento** debe ser recomendado por el **especialista** o **médico** tratante del **asegurado**,
- el **tratamiento** no debe estar disponible en un lugar cercano,
- el **tratamiento** debe estar cubierto bajo esta **póliza**,
- la **Aseguradora** coordinará el traslado con el **asegurado**, y
- el beneficio aplica para **tratamiento** en **hospital**, tanto como **paciente ambulatorio** u hospitalizado. La evacuación exclusivamente (no la repatriación) podrá ser autorizada si el **asegurado** necesita imagenología avanzada o **tratamiento** contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia.

La **Aseguradora** no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero coordinará estos servicios para el **asegurado**. En algunos países, la **Aseguradora** podrá usar a socios proveedores de servicios para coordinar estos servicios localmente, pero la **Aseguradora** siempre estará con el **asegurado** para apoyarle.

### Exclusiones y restricciones:

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

### Evacuación médica

Evacuación médica hospitalaria: La **Aseguradora** cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado para recibir atención médica hacia el lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento** médico necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado.

Deberá obtenerse autorización previa de la **Aseguradora**, y el viaje de regreso debe realizarse dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**.

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

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

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

100%

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p><b>Evacuación no-médica en casos de conflictos y desastres naturales</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de evacuación si su boleto de regreso no puede usarse debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o guerra, conmoción civil, incidentes terroristas, ley marcial, revolución u otra situación similar en la región donde se encuentra el <b>asegurado</b>, siempre y cuando dicha situación haya sido declarada y documentada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada o cualquier otra institución similar en el país donde se encuentra el <b>asegurado</b>, y dicha situación surgió cuando el <b>asegurado</b> ya había iniciado su viaje a dicha región, y</li> <li>o desastres naturales destructivos, incluyendo pero no limitados a tsunamis, huracanes, terremotos y erupciones volcánicas, cuando la solución consume la capacidad local y sea necesario solicitar asistencia externa nacional o internacional, y solamente si el <b>asegurado</b> viajó fuera de su <b>país de residencia</b> especificado y la situación surgió cuando el <b>asegurado</b> ya había iniciado su viaje a dicha región</li> </ul> <p>Si el <b>asegurado</b> ha sido detenido por las autoridades en un país debido a guerra o peligro de guerra, o si el <b>asegurado</b> no puede ser evacuado debido a un desastre natural, la <b>Aseguradora</b> proporcionará cobertura por hasta tres (3) meses de gastos adicionales razonables y documentados por concepto de hospedaje y alimentos, y costos necesarios de transporte local debido a una reubicación obligatoria en el país, o para cubrir los costos de viaje con un nivel más alto de seguridad si la situación así lo requiere.</p> <p>La cobertura está sujeta a la condición de que el <b>asegurado</b> no haya sido negligente en actuar a tiempo si hubo recibido una recomendación del Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada o cualquier otra institución similar en el país donde se encuentra.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no se hace responsable por la disponibilidad del transporte que sea necesario, pero cooperará con el Ministerio de Relaciones Exteriores, la embajada o cualquier otra institución similar en el país donde se encuentra el <b>asegurado</b> en los casos que sea necesaria su asistencia.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> lo antes posible después del evento.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar el numeral 3.7.</p>	100%
<p><b>Repatriación médica</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de viaje de traslado para una repatriación médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o al <b>país de nacionalidad</b> o al <b>país de residencia</b> del <b>asegurado</b> según la información que haya proporcionado en su <b>solicitud de seguro de salud</b>, y</li> <li>o el traslado de regreso al lugar de donde el <b>asegurado</b> fue trasladado</li> </ul> <p>en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o cuando haya sido autorizado previamente por la <b>Aseguradora</b>, y</li> <li>o cuando el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del <b>tratamiento</b>.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos razonables para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o</li> <li>o el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.</li> </ul> <p>En algunos casos, podrá ser más apropiado que el <b>asegurado</b> viaje al aeropuerto en taxi que en otro medio de transporte, como por ejemplo en una ambulancia. En estos casos, y si está autorizado previamente, la <b>Aseguradora</b> pagará la tarifa del taxi.</p> <p>En algunos casos, el <b>asegurado</b> podrá solicitar una repatriación médica cuando comunicándose con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización; sin embargo, esto puede ser médicamente inapropiado. En estos casos, la <b>Aseguradora</b> primero evacuará al <b>asegurado</b> al lugar apropiado más cercano en donde el <b>tratamiento</b> necesario esté disponible. Una vez que el <b>asegurado</b> esté médicamente estable, la <b>Aseguradora</b> procederá con la repatriación al <b>país de nacionalidad</b> o <b>país de residencia</b> que el <b>asegurado</b> haya especificado.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará ningún otro costo relacionado con la repatriación, como los costos de traslado al hotel o alojamiento de hotel.</p>	100%

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p><b>Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación o repatriación)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del <b>asegurado</b> (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La <b>Aseguradora</b> considera como ‘necesidad razonable’ cuando el <b>asegurado</b> necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ necesita asistencia para subir o bajar de un transporte,</li> <li>○ necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros),</li> <li>○ no hay acompañamiento médico disponible, o</li> <li>○ en el caso de una <b>enfermedad o dolencia</b> aguda y seria</li> </ul> <p>La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el <b>asegurado</b> que requiere el <b>tratamiento</b>, dependiendo de los requerimientos médicos.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ esto sea autorizado previamente por la <b>Aseguradora</b>, y</li> <li>○ el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del <b>tratamiento</b>.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o</li> <li>○ el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación o repatriación se haga para que el <b>asegurado</b> reciba <b>tratamiento</b> como <b>paciente ambulatorio</b>.</p>	<p>100%</p>
<p><b>Costos de alimentación y transporte para acompañante</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ únicamente durante una evacuación, y</li> <li>○ por hasta 10 días o hasta el día de alta del <b>asegurado</b>, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del <b>asegurado</b> se encuentre fuera de su <b>país de residencia</b> habitual.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el <b>asegurado</b> reciba <b>tratamiento</b> como <b>paciente ambulatorio</b>.</p>	<p>US\$16,000, máximo 10 días por <b>año póliza</b></p>
<p><b>Costos de viaje de traslado de niños</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del <b>asegurado</b> sean trasladados junto con el <b>asegurado</b> en caso de su evacuación o repatriación, siempre y cuando los hijos sean menores de 18 años, y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ sea <b>médicamente necesario</b> que el <b>asegurado</b> (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado,</li> <li>○ el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al <b>asegurado</b>, y</li> <li>○ que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado, y</li> <li>○ esto sea autorizado previamente por la <b>Aseguradora</b>.</li> </ul>	<p>100%</p>

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p><b>Costos de viaje de traslado, alimentación y transporte para visita compasiva</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo de un boleto de avión en clase turista para el viaje de traslado de hasta tres familiares cercanos del <b>asegurado</b> (esposo(a) o pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a)) que vivan en otro país cuando el <b>asegurado</b> sufra un <b>accidente o enfermedad o dolencia</b> repentina y necesite estar internado en el <b>hospital</b> por lo menos 5 días, o cuando ha recibido un diagnóstico terminal de corto plazo. Este beneficio incluye el costo del boleto en clase turista para el regreso de los familiares del <b>asegurado</b> a su país de origen. Este beneficio solo será pagado cuando sea autorizado previamente por la <b>Aseguradora</b>.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de alimentación y transporte para los familiares del <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ durante un viaje de visita compasiva elegible, y</li> <li>○ hasta por 10 días mientras los familiares estén fuera de su <b>país de residencia</b> habitual</li> </ul> <p>Este beneficio no corresponde en casos de evacuación o repatriación. En estos casos, la <b>Aseguradora</b> solamente cubrirá los gastos especificados bajo los beneficios de “Costos de viaje de traslado para un acompañante”, “Costos de viaje de traslado de niños”, y “Costos de alimentación y transporte” descritos bajo en esta <b>Tabla de Beneficios</b>.</p>	<p>100% hasta para tres familiares</p>
<p><b>Costos repatriación compasiva de emergencia</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de viaje razonables del <b>asegurado</b> cuando éste se encuentre fuera de su <b>país de residencia</b> y deba regresar prematuramente debido al fallecimiento, una <b>enfermedad o dolencia</b> aguda y seria o una <b>lesión</b> de un familiar cercano (esposo(a), pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a), cuñado(a), yerno, nuera, nieto(a) o suegro(a)).</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo menor entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ el costo razonable del regreso por aire o mar, o</li> <li>○ el costo de un boleto clase ejecutiva</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá solamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un viaje en conexión con el curso de la <b>enfermedad o dolencia</b>, y</li> <li>○ si el familiar en cuestión no es un asegurado bajo la misma <b>póliza</b> quien ya ha sido repatriado, y</li> <li>○ si la repatriación compasiva de emergencia adelantaría el regreso del <b>asegurado</b> en por lo menos 12 horas del regreso original que había sido programado.</li> </ul>	<p>100%</p>
<p><b>Ambulancia aérea local</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de <b>ambulancia aérea</b> local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ de la ubicación de un <b>accidente</b> o centro de esquí al <b>hospital</b>, o</li> <li>○ para el traslado de un <b>hospital</b> a otro</li> </ul> <p>Será procedente esta cobertura cuando la <b>ambulancia aérea</b> sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ médicamente necesaria,</li> <li>○ utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y</li> <li>○ relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul> <p>Este beneficio debe ser aprobado previamente por la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	<p>100%</p>
<p><b>Ambulancia terrestre local</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de <b>ambulancia terrestre</b> local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ de la ubicación de un <b>accidente</b> al <b>hospital</b>,</li> <li>○ para el traslado de un <b>hospital</b> a otro, o</li> <li>○ de su casa al <b>hospital</b></li> </ul> <p>Cuando una <b>ambulancia terrestre</b> local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ médicamente necesaria, y</li> <li>○ relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto y que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul>	<p>100%</p>

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p><b>Repatriación de restos mortales</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del <b>asegurado</b> a su <b>país de nacionalidad</b> o a su <b>país de residencia</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su <b>país de residencia</b>, y</li> <li>○ sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> sólo pagará por los arreglos reglamentarios, como la cremación, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del <b>asegurado</b>.</p>	100%
<b>2.5.7 Tratamiento Dental</b>	
<p><b>Tratamiento dental relacionado con accidentes</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos generados por el <b>tratamiento</b> dental <b>médicamente necesario</b> derivado de un <b>accidente</b> cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al <b>accidente</b>.</p>	100%
<p><b>Tratamiento dental (período de espera de 6 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ rellenos</li> <li>○ <b>tratamiento</b> del conducto radicular</li> <li>○ radiografía</li> <li>○ extracción dental</li> <li>○ limpieza dental</li> <li>○ anestesia</li> </ul>	US\$4,000
<p><b>Restauración mayor no estética (período de espera de 6 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ puentes</li> <li>○ coronas</li> <li>○ implantes dentales</li> <li>○ dentaduras postizas</li> </ul>	US\$4,000
<p><b>Ortodoncia no estética (período de espera de 12 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de ortodoncia a <b>asegurados</b> de hasta 19 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ consultas y revisiones mensuales</li> <li>○ extracción de dientes de leche</li> <li>○ planeación de <b>tratamiento</b></li> <li>○ modelos/impresiones de encías</li> <li>○ extracciones</li> <li>○ anestesia</li> <li>○ radiografías simples/interproximales y perapicales/ rayos-x de raíces/boca completa/ ortopantogramas (OPG) y cefalometrías (CEPH)</li> <li>○ fotografía digital, y</li> <li>○ aparatos ortopédicos de ortodoncia, frenillos de metal, retenedores de metal</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar el numeral 3.35.</p>	US\$4,000

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p><b>2.5.8 Tratamiento Preventivo</b></p> <p><b>Examen de salud general (período de espera de 10 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará por un examen de salud general una vez que el <b>asegurado</b> haya estado cubierto bajo esta <b>póliza</b> por 10 meses consecutivos. No aplica <b>deducible</b>.</p> <p>El examen de salud general normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir exámenes para analizar los niveles de colesterol y azúcar en la sangre (glucosa), exámenes de función hepática y renal, medición de la presión arterial y una evaluación de riesgo cardíaco. También podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.</p>	US\$7,500
<p><b>Vacunas</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños en Ecuador</li> <li>○ vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical</li> <li>○ vacuna contra la influenza (gripe)</li> <li>○ vacunas legalmente exigidas para viajes</li> <li>○ vacunas contra el neumococo</li> <li>○ medicinas contra la malaria</li> </ul>	100%
<p><b>Examen de la vista</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá un examen de refracción cada <b>año póliza</b>, que incluye el costo de la consulta. No aplica <b>deducible</b>.</p>	100%
<p><b>Examen dental preventivo (período de espera de 6 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá dos chequeos/exámenes dentales preventivos por <b>año póliza</b>, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ radiografías simples/interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG)</li> <li>○ eliminación de la placa dental y pulido</li> <li>○ protector de encías/protector bucal</li> </ul> <p>No aplica <b>deducible</b>.</p>	100%
<p><b>Prueba genética de cáncer</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubre una prueba, una consulta previa y otra posterior solamente si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ el <b>asegurado</b> es referido por un <b>médico</b></li> <li>○ el <b>asegurado</b> tiene historial médico de cáncer de un familiar inmediato</li> <li>○ tanto las pruebas como las consultas se llevan a cabo en un <b>hospital</b> o <b>clínica</b></li> </ul> <p>Requiere de pre-autorización antes de realizar las pruebas. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%
<b>2.5.9 Dispositivos para la Audición y la Vista</b>	
<p><b>Aparatos auditivos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. No cubre reemplazos durante el mismo <b>año póliza</b>.</p>	100%
<p><b>Anteojos y lentes de contacto</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un <b>especialista</b> oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.</p>	US\$4,000

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p><b>Cirugía refractiva (1 por ojo, de por vida)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o si el <b>asegurado</b> tiene 3 dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado, y</li> <li>o si el <b>tratamiento</b> es realizado por un proveedor (<b>médico, hospital o clínica</b>) reconocido y acreditado</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. Este procedimiento está sujeto a pre-autorización, por lo que el <b>asegurado</b> deberá obtener dicha pre-autorización antes de coordinar cualquier consulta o <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%
<b>2.5.10 Rehabilitación y Cuidados Paliativos</b>	
<p><b>Enfermería en casa</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de enfermería en casa para el <b>asegurado</b> después de su <b>tratamiento</b> en el <b>hospital</b> cubierto por esta <b>póliza</b> cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o sea prescrito por el <b>médico</b> del <b>asegurado</b>,</li> <li>o comience inmediatamente después de que el <b>asegurado</b> salga del <b>hospital</b>,</li> <li>o reduzca la duración de la estadía del <b>asegurado</b> en el <b>hospital</b>,</li> <li>o sea proporcionada por un(a) <b>enfermero(a)</b> profesional calificado(a) en casa del <b>asegurado</b>, y</li> <li>o sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidados personales o asistenciales).</li> </ul> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar el numeral 3.18.</p>	100%
<p><b>Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos</b></p> <p>Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, la <b>Aseguradora</b> pagará servicios de centros para pacientes terminales y cuidados paliativos si recibe un diagnóstico de <b>enfermedad</b> terminal y si el <b>asegurado</b> ya no puede recibir <b>tratamiento</b> que conduzca a su recuperación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o alojamiento en centro para pacientes terminales</li> <li>o cuidados de <b>enfermero(a)</b> profesional calificado(a)</li> <li>o medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal</li> <li>o cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales</li> </ul>	100%
<p><b>Rehabilitación (rehabilitación multidisciplinaria)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará por la <b>rehabilitación</b>, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología, después de un acontecimiento como un infarto cerebral. La <b>Aseguradora</b> pagará por <b>rehabilitación</b> únicamente cuando el <b>asegurado</b> haya recibido autorización previa al inicio del <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> sólo cubrirá los gastos por <b>rehabilitación</b> cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Sea considerada <b>médicamente necesaria</b>, después de revisar la información médica correspondiente, y</li> <li>o Sea parte del <b>tratamiento</b> recibido para dicha condición cubierta bajo la <b>póliza</b></li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para que la <b>Aseguradora</b> pueda otorgar una autorización previa, el <b>especialista</b> deberá proporcionar la información clínica completa del <b>asegurado</b>, incluyendo el diagnóstico, el <b>tratamiento</b> recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el <b>asegurado</b> se encuentra internado para recibir <b>rehabilitación</b>.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b></p> <p>Consultar el numeral 3.18.</p>	100%

**2.5.11 Beneficios Adicionales**

**Cobertura costo cero para niños (máximo 2 hijos por padre asegurado)**

Los hijos del **asegurado** podrán incluirse en la **póliza** sin costo hasta que cumplan los dieciséis (16) años de edad, siempre que la **póliza** se mantenga vigente con al menos uno de los padres como integrante de la **póliza**. La única excepción a este beneficio es por fallecimiento de ambos padres.

**Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular**

En caso de que fallezca el **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** otorgará cobertura a los **asegurados dependientes** cubiertos bajo la **póliza** al momento del fallecimiento del **Asegurado Titular** durante dos (2) años sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el **Asegurado Titular**, si la causa de la muerte del **Asegurado Titular** se debió a un **accidente, enfermedad o dolencia** cubierto bajo esta **póliza**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para el cónyuge o **conviviente** sobreviviente si contrae matrimonio, o para los **dependientes** sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta **póliza** y/o para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

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

**2.5.12 Amparos Opcionales**

Este producto no contempla ninguna cobertura opcional adicional.

**2.6 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 sanitaria nacional 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.

- o 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 espera 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.
- o Las **condiciones preexistentes** relacionadas con la discapacidad, serán cubiertas aun cuando la persona cambie de programa de salud o plan de medicina prepagada o aseguradora o empresa de medicina prepagada.
- o 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**.
- o Las **pólizas** suscritas con personas con discapacidad tendrán una duración de al menos tres (3) años. En el caso de cancelación anticipada no motivada por parte del **asegurado**, el **asegurado** o afiliado perderá el derecho a la continuidad de cobertura prevista en el Artículo 25 de la Ley Orgánica de Discapacidades.

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

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

**3. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

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

**3.1 CONDICIONES PREEXISTENTES:** Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes excepto lo estipulado en el numeral 1.5 “Condiciones Preexistentes”.

**3.2 EXCLUSIONES GENERALES:** Las exclusiones en esta sección corresponden además de cualquier exclusión y limitación personal, tal como se ha explicado anteriormente.

Para todas las exclusiones en esta sección, y para cualquier exclusión o limitación personal especificada en el documento de **Condiciones Particulares**, la **Aseguradora** no proporciona cobertura o beneficios, así como tampoco para las exclusiones y limitaciones que aparecen en la **Tabla de Beneficios**, ni para las **condiciones preexistentes** que estén directamente relacionados con:

- o **Condiciones preexistentes no declaradas al momento de contratar la póliza o sus complicaciones;**
- o **Enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos;**
- o **Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos, y**
- o **Complicaciones que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos.**

**3.3 ADMISIÓN ELECTIVA:** La admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la **Aseguradora**.

No.	CLAÚSULA
3.4	<p><b>ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS:</b> Extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están excluidos los gastos 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.</p> <p><b>Nota:</b> La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de medula ósea y trasplantes de células madre de sangre periférica cuando son realizados como parte del tratamiento de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.</p>
3.5	<p><b>CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO DE SEXO:</b> Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o tratamientos, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la póliza.</p>
3.6	<p><b>CLINICAS DE HIDROTERAPIA, NATURISTAS, ETC.:</b> Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital.</p>
3.7	<p><b>CONFLICTO Y DESASTRE:</b> Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desordenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,</li> <li>o ha participado activamente, o</li> <li>o ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.</li> </ul>
3.8	<p><b>CONTROL DE NATALIDAD:</b> Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planeación familiar, tal como consultas de la asegurada con su médico para discutir si embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.</p>
3.9	<p><b>DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO:</b> Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos.</p>
3.10	<p><b>DESÓRDENES DEL SUEÑO:</b> Tratamiento para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño.</p>
3.11	<p><b>DISFUNCIONES SEXUALES:</b> Consultas para recibir tratamiento para atender problemas sexuales, como impotencia, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza.</p>
3.12	<p><b>EMBARAZOS NO CUBIERTOS:</b> Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto tal como se indica en la Tabla de Beneficios.</p>
3.13	<p><b>ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y ENFERMEDADES PANDÉMICAS:</b> No está cubierto el tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o enfermedad pandémica, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o enfermedad pandémica.</p>
3.14	<p><b>EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL:</b> Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.</p>
3.15	<p><b>EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES:</b> Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para trabajar o viajar.</p>
3.16	<p><b>GASTOS DE REGISTRO/ADMINISTRACIÓN:</b> Gastos de registro/administración en hospitales o instituciones similares (a menos que la Aseguradora, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante).</p>
3.17	<p><b>GASTOS EXCESIVOS:</b> Cualquier cantidad o gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.</p>
3.18	<p><b>GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS:</b> El tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o dolencia, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) Que no sea médicamente necesario, o</li> <li>(b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o doctor o profesional acreditado, o</li> <li>(c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o</li> <li>(d) Que está relacionado con el cuidado personal, o</li> <li>(e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.</li> </ul>

No.	CLAÚSULA
3.19	<b>LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDO, SUICIDO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS:</b> Cualquier cuidado o tratamiento debido a enfermedades o dolencias, así como lesiones auto infligidas por el propio asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionado por culpa grave del asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores.
3.20	<b>LESIONES POR RIÑAS:</b> Se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o dolencias, así como accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el Asegurado Titular o sus dependientes participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el asegurado haya sido el provocador.
3.21	<b>MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA:</b> La Aseguradora no pagará el mantenimiento artificial de vida dentro de una institución hospitalaria (independientemente de la causa: muerte cerebral, estado vegetativo persistente, coma, trauma, etc.), incluyendo ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado, cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del asegurado o en la restauración de su salud.  <b>La Aseguradora se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico.</b>
3.22	<b>MATERNIDAD SUSTITUTA:</b> Tratamiento directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la Asegurada actúa como madre sustituta, o cuando una tercera persona actúa como tal para el asegurado.
3.23	<b>MEDICAMENTOS SIN RECETA:</b> Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta o medicamentos que no fueron recetados.
3.24	<b>MEDICAMENTOS COLOQUIALMENTE CONOCIDOS COMO CHINOS:</b> Cualquiera de los siguientes medicamentos chinos tradicionales: hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antílope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.
3.25	<b>ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES:</b> Órganos mecánicos o animales, excepto cuando se utiliza temporalmente un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente y la recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles enfermedades o dolencias futuras.
3.26	<b>PODOLOGÍA:</b> Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
3.27	<b>PROBLEMAS DEL DESARROLLO:</b> Dificultades del aprendizaje, como dislexia; problemas relacionados con el desarrollo físico, como corta estatura; o problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, excepto cuando sean resultado de una condición cubierta bajo esta póliza.
3.28	<b>PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO NO RECONOCIDO O INSTALACIONES MÉDICAS NO RECONOCIDAS:</b> Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o tratamiento realizado en instalaciones médicas no reconocidas.
3.29	<b>PRUEBAS GENÉTICAS:</b> Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no de desarrollar una enfermedad o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico.
3.30	<b>SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL:</b> Tratamiento de lesiones que se produzcan mientras el asegurado se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.
3.31	<b>TRATAMIENTO COSMÉTICO:</b> Cirugía que no sea médicamente necesaria y tratamiento para alterar la apariencia, incluyendo tratamiento relacionado con la remoción de tejido no enfermo, redundante, como una liposucción, tanto si se requiere o no por razones médicas o psicológicas.
3.32	<b>TRATAMIENTO DE FERTILIDAD:</b> Tratamiento para asistir en la reproducción, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ fertilización in-vitro (IVF)</li> <li>○ transferencia intratubárica de gametos (GIFT)</li> <li>○ transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)</li> <li>○ inseminación artificial (IA)</li> <li>○ tratamiento de medicamentos recetados</li> <li>○ traslado del embrión (de una ubicación física a otra)</li> <li>○ gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen</li> </ul>

No.	CLAÚSULA
3.33	TRATAMIENTO EN INSTALACIONES PÚBLICAS: <b>Tratamientos en cualquier institución gubernamental, cuando el asegurado es derecho-habiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.</b>
3.34	TRATAMIENTO EXPERIMENTAL: <b>La Aseguradora no pagará por tratamientos o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales. La Aseguradora tampoco pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente.</b>  <b>La Aseguradora no pagará por cualquier costo relacionado con tratamientos o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</b>
3.35	TRATAMIENTO MAXILAR: <b>Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, excepto cuando sean originadas por una condición cubierta bajo esta póliza.</b>
3.36	TRATAMIENTO NO NECESARIO Y OTROS: <b>Tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o dolencia, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:</b>  <b>(a) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o</b> <b>(b) Que esté relacionado con el cuidado personal, o</b> <b>(c) Que se lleve a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.</b>
3.37	TRATAMIENTO PARA EL CRECIMIENTO: <b>Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo tratamientos realizados por un estimulador de crecimiento óseo, excepto cuando esté directamente relacionado al tratamiento de una condición cubierta bajo la póliza.</b>
3.38	TRATAMIENTO POR OBESIDAD: <b>Tratamiento para o como resultado de la obesidad, como suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios, sujetos a los términos y condiciones de la póliza. La cobertura para cirugía por obesidad está excluida para asegurados que ya hayan cumplido los sesenta (60) años de edad, y para asegurados que aún no han cumplido con el período de espera de dos (2) años de cobertura bajo la póliza.</b>
3.39	TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIARES: <b>Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.</b>
3.40	TRASTORNOS REFRACTIVOS: <b>Tratamientos, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK), excepto cuando se especifique la cobertura en la Tabla de Beneficios.</b>
3.41	TRATAMIENTOS PROVENIENTES DE SINIESTROS OCURRIDOS EN PAÍSES DE LISTA OFAC: <b>Tratamientos que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de América, disponible en <a href="http://www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx">www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx</a>.</b>
4.	DEFINICIONES
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.
ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS	Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
AMBULANCIA AÉREA	Transporte aéreo de <b>emergencia</b> desde el <b>hospital</b> donde el <b>asegurado</b> está ingresado, hasta el <b>hospital</b> más cercano donde se le puede proporcionar el <b>tratamiento</b> adecuado.
AMBULANCIA TERRESTRE	Unidad móvil especializada para el transporte de <b>emergencia</b> del <b>asegurado</b> hacia un <b>hospital</b> .
AÑO CALENDARIO	Del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.
AÑO PÓLIZA	El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la <b>póliza</b> , y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

ASEGURADO	La persona para quien se ha completado una <b>solicitud de seguro de salud</b> , para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la <b>Aseguradora</b> . El término "asegurado" incluye al <b>Asegurado Titular</b> y a todos los <b>dependientes</b> cubiertos bajo esta <b>póliza</b> .
ASEGURADO TITULAR	La persona solicitante nombrada en la <b>solicitud de seguro de salud</b> . Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
ASEGURADORA	Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros, sociedad anónima inscrita con el Registro Único de Contribuyente (RUC) 1791782402001.
BENEFICIOS CUBIERTOS	<b>Tratamiento</b> y beneficios que aparecen como cubiertos en la <b>Tabla de Beneficios</b> de la <b>póliza</b> Global Ultimate Health Plan.
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta <b>póliza</b> , una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea, en ningún caso son consideradas una complicación del embarazo.
COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO	Cualquier desorden del <b>recién nacido</b> relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.
CONDICIÓN PREEXISTENTE	<p>Son aquellas <b>enfermedades o dolencias</b> o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el <b>asegurado</b> o por quien contrata en su favor previamente a la celebración del <b>contrato</b>, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un <b>médico o doctor</b> legalmente autorizado, o bien, que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología, o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido, dentro de los cinco (5) años previos al inicio de vigencia de la <b>póliza</b>.</p> <p>Cuando la <b>Aseguradora</b> cuente con pruebas documentales de que el <b>asegurado</b> efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la <b>enfermedad o dolencia</b> de que se trate, podrá solicitar al <b>asegurado</b> el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la solicitud de reembolso. También se consideran preexistentes aquellas <b>enfermedades o dolencias</b> por los que previamente a la celebración del <b>contrato</b>, el <b>asegurado</b> haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir el <b>tratamiento</b> médico de la <b>enfermedad o dolencia</b> de que se trate.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los <b>asegurados</b> que se someta a un examen médico. Al <b>asegurado</b> que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de <b>enfermedad o dolencia</b> alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.</p>
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.
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.
CONTRATANTE	La persona que firma la <b>solicitud de seguro de salud</b> para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima.
CONTRATO	El presente <b>contrato</b> celebrado entre la <b>Aseguradora</b> y el <b>asegurado</b> , bajo el cual la <b>Aseguradora</b> se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al <b>Asegurado Titular</b> por gastos relacionados con los <b>beneficios cubiertos</b> en que incurra.
CONVIVIENTE	Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el <b>Asegurado Titular</b> 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.

CUIDADOS INTENSIVOS	Los cuidados intensivos incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de <b>tratamiento</b> 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 <b>recién nacidos</b> .
DEDUCIBLE	La cantidad anual de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el <b>asegurado</b> por cada <b>año póliza</b> , y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la <b>póliza</b> sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. Los gastos incurridos en el <b>país de residencia</b> están sujetos al deducible en el <b>país de residencia</b> . Los gastos incurridos fuera del <b>país de residencia</b> están sujetos al <b>deducible</b> fuera del <b>país de residencia</b> .
DEPENDIENTE	Cualquier otra persona diferente del <b>Asegurado Titular</b> cubierta bajo esta <b>póliza</b> y nombrada en las <b>Condiciones Particulares</b> .
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).
EMERGENCIA	<b>Enfermedad o dolencia</b> que se manifiesta por <b>signos</b> o <b>síntomas</b> agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del <b>asegurado</b> si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
ENDOSO	Documento que forma parte integrante de la <b>póliza</b> que puede ser emitido con posterioridad al inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.
ENFERMEDAD O DOLENCIA	Es la alteración en la salud del <b>asegurado</b> que ha sido diagnosticada por un <b>médico o doctor</b> legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.
ENFERMERO(A)	Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el <b>tratamiento</b> .
ENFERMEDAD EPIDÉMICA	La incidencia de más casos de lo esperado de cierta <b>enfermedad</b> 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.
ENFERMEDAD PANDÉMICA	Una <b>enfermedad epidémica</b> que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD)	El equipo médico durable (EMD) es equipo <b>médicamente necesario</b> que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o <b>enfermedades</b> no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características: (a) ser ordenado por un <b>médico</b> , (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.
ESPECIALISTA	Un cirujano, anesthesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un <b>médico</b> general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un <b>médico o doctor</b> que esté legalmente calificado para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el <b>tratamiento</b> sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del <b>tratamiento</b> de la <b>enfermedad o dolencia</b> o <b>lesión</b> 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.
ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE	Un estado de pérdida de conciencia profundo, sin <b>signos</b> de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por 4 (cuatro) semanas sin <b>signos</b> de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los <b>síntomas</b> de un paciente.
FECHA DE ANIVERSARIO	Ocurrencia anual de la <b>fecha del inicio de vigencia</b> .

FECHA DE RENOVACIÓN	El primer día del siguiente <b>año póliza</b> . La <b>renovación</b> ocurre solamente en la <b>fecha de aniversario</b> de la <b>póliza</b> .
FECHA DE VENCIMIENTO	La fecha en que la prima vence y debe pagarse.
FECHA DEL INICIO DE VIGENCIA	Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en las <b>Condiciones Particulares</b> .
FONOAUDIÓLOGO	Profesional calificado que trata los trastornos de la comunicación, mejorando la calidad de vida de personas con trastornos del habla, del lenguaje y del tragar en etapas distintas, desde la niñez hasta la edad adulta. Debe estar debidamente entrenado y legalmente calificado para proporcionar terapia relacionada con <b>enfermedades o dolencias</b> del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el <b>tratamiento</b> .
HOSPITAL O CLÍNICA	Cualquier institución legalmente autorizada 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 <b>tratamiento</b> y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de <b>médicos o doctores</b> , 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.
HOSPITALIZACIÓN	Ingreso del <b>asegurado</b> a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la <b>enfermedad o dolencia</b> también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El <b>tratamiento</b> que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.
LESIÓN	Daño causado al organismo por una causa externa.
LÍMITE MÁXIMO	Se establece en la <b>Tabla de Beneficios</b> como la cantidad máxima acumulada por cada año póliza que el <b>asegurado</b> podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado <b>accidente, tratamiento, enfermedad o dolencia</b> , de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la <b>póliza</b> .
MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA	Cualquier proceso, técnica, medicamento o intervención médica recibida por un paciente para prolongar su vida artificialmente.
MÉDICAMENTE NECESARIO	El <b>tratamiento</b> , servicio o suministro médico que es determinado por la <b>Aseguradora</b> como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o <b>tratamiento</b> de una <b>enfermedad o dolencia</b> o <b>lesión</b> . El <b>tratamiento</b> , servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si: (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el <b>asegurado</b> , la familia del <b>asegurado</b> o el proveedor del servicio (por ejemplo, un <b>enfermero(a)</b> privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o junior suite); (b) No es apropiado para el diagnóstico, <b>tratamiento</b> del <b>asegurado</b> ; (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o <b>tratamiento</b> adecuado; (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).
MÉDICO O DOCTOR	Profesional idóneo y debidamente autorizado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el <b>tratamiento</b> y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término médico o doctor también incluirá a personas idóneas y legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.
NUTRICIONISTA	Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y legalmente calificado y permitido para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el <b>tratamiento</b> .
OPERACIÓN QUIRÚRGICA	Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.
PACIENTE AMBULATORIO	Persona que recibe un <b>tratamiento</b> que por razones médicas requiere ocupar una cama de <b>hospital</b> únicamente durante el día.
PAÍS DE NACIONALIDAD	El país que le ha otorgado nacionalidad al <b>Asegurado Titular</b> y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a la <b>Aseguradora</b> por escrito.
PAÍS DE RESIDENCIA	El país donde las autoridades competentes (como autoridades migratorias) le han otorgado residencia al <b>Asegurado Titular</b> y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a la <b>Aseguradora</b> por escrito. Es el país donde el <b>asegurado</b> reside la mayor parte del <b>año calendario</b> o del <b>año póliza</b> , o donde el <b>asegurado</b> ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la <b>póliza</b> está en vigor.

PERÍODO DE GRACIA	Plazo de treinta (30) días que concede la <b>Aseguradora</b> siguientes a cada uno de los vencimientos para el pago de las primas vencidas. Durante este período, el <b>asegurado</b> tendrá derecho a cobertura y al pago de beneficios cubiertos bajo la <b>póliza</b> .
PÓLIZA	Su <b>contrato</b> de seguro con la <b>Aseguradora</b> , incluyendo las Condiciones Generales, las <b>Condiciones Especiales</b> y las <b>Condiciones Particulares</b> .
PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA	Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: <a href="http://www.clinicaltrials.gov">www.clinicaltrials.gov</a> , <a href="http://www.ISRCTN.org">www.ISRCTN.org</a> o <a href="http://www.ukctg.nihr.ac.uk">www.ukctg.nihr.ac.uk</a> ).
PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA	Profesional idóneo y legalmente calificado y que cuenta con licencia para ejercer la psiquiatría, la psicología o la psicoterapia por las autoridades relevantes del país en donde el paciente esté recibiendo el <b>tratamiento</b> .
QUINESIÓLOGO	Profesional calificado en procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano.
RECIÉN NACIDO	Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA)	<b>Tratamiento</b> o una combinación de varios <b>tratamientos</b> de terapias como física, ocupacional y del habla que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico como un infarto.
RENOVACIÓN	Cada aniversario de la fecha en que el <b>Asegurado Titular</b> contrató la <b>póliza</b> de seguro.
RESIDENTE	Persona que reside en un país temporalmente con visa de trabajo o de estudios, o permanentemente con autorización de las autoridades migratorias correspondientes en dicho país.
SIGNOS	Son las manifestaciones visibles de una <b>enfermedad o dolencia</b> constatadas por el <b>médico o doctor</b> tratante.
SÍNTOMA	Referencia que da un <b>asegurado</b> al <b>médico o doctor</b> tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.
SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD	Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus <b>dependientes</b> , usada por la <b>Aseguradora</b> para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud de seguro de salud incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica realizada por la <b>Aseguradora</b> , su historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la <b>Aseguradora</b> antes de la emisión de la <b>póliza</b> .
SUMA ASEGURADA	Monto en dólares americanos asignada por <b>asegurado</b> y por <b>año póliza</b> , sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la <b>póliza</b> , para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el <b>asegurado</b> en la vigencia en curso, tanto en el territorio de Ecuador como en el extranjero, por <b>accidentes, enfermedades o dolencias</b> cubiertos bajo la <b>póliza</b> , de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales, <b>Condiciones Especiales</b> y <b>Condiciones Particulares</b> de la <b>póliza</b> . La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por <b>año póliza</b> , reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes <b>accidentes, enfermedades o dolencias</b> cubiertas, ocurridos durante el mismo <b>año póliza</b> . Al concretarse la <b>renovación</b> de la <b>póliza</b> , se establecerá una nueva suma asegurada por <b>asegurado</b> , por <b>año póliza</b> , para los gastos incurridos por <b>accidentes, enfermedades o dolencias</b> cubiertas por la <b>renovación</b> en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por <b>accidentes, enfermedades o dolencias</b> cubiertas en las vigencias previas, aún para aquellos <b>accidentes, enfermedades o dolencias</b> cubiertas que por sí mismos hubieran agotado la suma asegurada por <b>asegurado</b> , por <b>año póliza</b> .
TABLA DE BENEFICIOS	Listado que forma parte de las Condiciones Generales de la <b>póliza</b> que incluye los <b>beneficios cubiertos</b> y las cantidades máximas que serán pagados una vez que superen el <b>deducible</b> anual aplicable detallado en las <b>Condiciones Particulares</b> .
TERAPEUTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL)	Un terapeuta ocupacional, fisioterapeuta u ortopedista legalmente calificado para practicar como tal en el país en donde el <b>asegurado</b> esté recibiendo el <b>tratamiento</b> .
TERAPEUTA COMPLEMENTARIO	Profesional como un acupunturista, reflexólogo, naturópata, o practicante de medicina china que esté entrenado adecuadamente y legalmente calificado y que cuente con licencia para realizar su práctica por la autoridad relevante en el país en donde se recibe el <b>tratamiento</b> .
TRASPLANTE	Procedimiento mediante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) 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.

TRATAMIENTO	Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como <b>exámenes de diagnóstico</b> , de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una <b>lesión, enfermedad o dolencia</b> con el objeto de que el <b>asegurado</b> recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.
TRATAMIENTO AMBULATORIO	<b>Tratamiento</b> suministrado en el <b>hospital</b> , consultorio, oficina del <b>médico o doctor</b> , o <b>clínica</b> para pacientes ambulatorios en donde el <b>asegurado</b> no se quede durante la noche o como un paciente durante el día para recibir el <b>tratamiento</b> .
TRATAMIENTO DE EMERGENCIA	Atención o servicios <b>médicamente necesarios</b> debido a una <b>emergencia</b> .
TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	<b>Tratamiento</b> de una <b>enfermedad o dolencia</b> mental, incluyendo desórdenes alimenticios.
USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE	Es el costo máximo que la <b>Aseguradora</b> pagará por todos los gastos médicos que se generen por un <b>tratamiento</b> médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de gasto cubierto bajo la <b>póliza</b> , el cual será determinado de acuerdo con los tabuladores que la <b>Aseguradora</b> tiene convenidos con los <b>hospitales</b> y/o proveedores, de acuerdo al área geográfica y los usos de la plaza donde se realice el <b>tratamiento</b> .
5.	VIGENCIA
5.1	COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA: Sujeto a las Condiciones Generales de esta <b>póliza</b> , la cobertura comienza a la 00:01 horas de la <b>fecha del inicio de vigencia</b> indicada en las <b>Condiciones Particulares</b> y termina a las 24:00 horas del día indicado en las <b>Condiciones Particulares</b> como fecha de expiración de vigencia, siempre que el <b>contratante</b> haya pagado la prima o primera fracción de dicha prima.
5.2	CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA: El <b>Asegurado Titular</b> puede cancelar su <b>póliza</b> , o la cobertura de cualquiera de sus <b>dependientes</b> , en cualquier momento con previo aviso de treinta (30) días calendario. La <b>Aseguradora</b> no puede cancelar la cobertura de manera retroactiva. El <b>Asegurado Titular</b> es responsable por el pago de las primas hasta la fecha de la cancelación.  La <b>Aseguradora</b> puede cancelar una póliza:  (a) Si el <b>Asegurado Titular</b> no paga la prima correspondiente al final del <b>período de gracia</b> , según lo estipulado en el numeral 10.2 de este documento. (b) Si un <b>asegurado</b> cambia su <b>país de residencia</b> , tal como se indica en el numeral 28 de este documento.
5.3	DECLARACIÓN FALSA: La <b>Aseguradora</b> puede cancelar o rescindir una póliza si existe evidencia de que el <b>Asegurado Titular</b> o cualquiera de sus <b>dependientes</b> han engañado o tratado de engañar a la <b>Aseguradora</b> . Esto incluye el proporcionar información falsa o inexacta y ocultar información necesaria para la <b>Aseguradora</b> , o trabajar con terceras personas para que éstas proporcionen información falsa a la <b>Aseguradora</b> , ya sea intencionalmente o por descuido, cuando dicha información pueda influenciar la decisión de la <b>Aseguradora</b> al decidir:  (a) Si un <b>asegurado</b> puede agregarse a la <b>póliza</b> como <b>dependiente</b> . (b) La cantidad de la prima que el <b>Asegurado Titular</b> debe pagar. (c) Si la <b>Aseguradora</b> debe pagar cualquier reclamación.
5.4	DERECHO DE NO EMITIR UNA PÓLIZA: La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no emitir una <b>póliza</b> si las obligaciones de la <b>Aseguradora</b> y las de sus compañías afiliadas estén 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, o si emitir dicha <b>póliza</b> infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la <b>Aseguradora</b> o cualquier de las entidades relacionadas a la <b>Aseguradora</b> .

No.	CLÁUSULA
6.	ELEGIBILIDAD
6.1	<p>CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD: La <b>póliza</b> solamente puede ser emitida a <b>residentes</b> del territorio de la República del Ecuador con una edad máxima de setenta y cuatro (74) años cumplidos y mínima de dieciocho (18) años, excepto para <b>dependientes</b> elegibles. No hay edad máxima de <b>renovación</b> para <b>asegurados</b> ya cubiertos bajo la <b>póliza</b>.</p> <p>Los <b>dependientes</b> elegibles incluyen al cónyuge o <b>conviviente</b> del <b>Asegurado Titular</b> y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores para quienes el <b>Asegurado Titular</b> ha sido designado tutor legal por una corte de jurisdicción competente, que sean solteros, que hayan sido identificados en la <b>solicitud de seguro de salud</b> y para quienes se proporciona cobertura bajo la <b>póliza</b>.</p> <p>La cobertura de esta <b>póliza</b> está disponible para los hijos <b>dependientes</b> del <b>Asegurado Titular</b> 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 <b>póliza</b> es emitida o renovada. La cobertura para dichos <b>dependientes</b> continúa hasta la siguiente <b>fecha de aniversario</b> de la <b>póliza</b> a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como <b>dependientes</b> según sea el caso concreto.</p> <p>Los <b>dependientes</b> que estuvieron cubiertos bajo una <b>póliza</b> anterior con la <b>Aseguradora</b> y que son elegibles para cobertura bajo su propia <b>póliza</b>, serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una <b>póliza</b> con un plan de <b>deducibles</b> igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones o exclusiones existentes en la <b>póliza</b> anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva <b>póliza</b> las declaraciones vertidas en la solicitud que dio origen a la primera <b>póliza</b>, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora <b>Asegurado Titular</b> antes de terminar el <b>periodo de gracia</b> para el pago de la <b>póliza</b> bajo la cual tuvo cobertura como <b>dependiente</b>. Lo anterior siempre y cuando el <b>dependiente</b> solicite su <b>póliza</b> con la <b>Aseguradora</b> dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a que dejó de ser integrante de la <b>póliza</b> original.</p> <p>Si un(a) hijo(a) <b>dependiente</b> contrae matrimonio, deja de ser estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, o se muda a otro <b>país de residencia</b>, o si el (la) cónyuge <b>dependiente</b> deja de estar casado(a) con el <b>Asegurado Titular</b> por razón de divorcio o anulación de matrimonio, la cobertura para dicho <b>dependiente</b> terminará en la fecha del siguiente aniversario o <b>renovación</b> de la <b>póliza</b>, la que ocurra primero.</p>
6.2	<p>INCLUSIÓN DE DEPENDIENTE: El <b>Asegurado Titular</b> puede solicitar la inclusión de su cónyuge o <b>conviviente</b> e hijo(s) como <b>dependientes</b> bajo su <b>póliza</b> en cualquier momento, quienes estarán cubiertos a partir de la fecha indicada en las <b>Condiciones Particulares</b> que la <b>Aseguradora</b> extiende al <b>Asegurado Titular</b>. Para solicitarlo, deberá llenar una <b>solicitud de seguro de salud</b>.</p> <p>Si el <b>Asegurado Titular</b> solicita agregar un <b>dependiente</b> a su <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> evaluará el historial médico de dicha persona. La <b>Aseguradora</b> podrá decidir no agregar a dicha persona como <b>dependiente</b> en la <b>póliza</b>, o podrá decidir agregarla con restricciones o exclusiones particulares. La <b>Aseguradora</b> podrá decidir, a su entera discreción, proporcionar cobertura para ciertas condiciones pre-existentes del <b>dependiente</b>. El <b>Asegurado Titular</b> deberá pagar una prima adicional por dicho <b>dependiente</b>. Los niños podrán ser agregados sin tener que proporcionar historial médico o sin pagar prima (y de acuerdo a cualquier requerimiento relevante), cuando esto así sea estipulado en la <b>Tabla de Beneficios</b>.</p>
6.3	<p>ELIMINACIÓN DE DEPENDIENTE: Si el <b>Asegurado Titular</b> ha agregado a un <b>dependiente</b> a su <b>póliza</b>, también podrá cancelar esa adición notificando a la <b>Aseguradora</b> dentro de los treinta (30) días después de haber recibido las <b>Condiciones Particulares</b> que incluyen al nuevo <b>dependiente</b>. Siempre y cuando no se haya presentado una reclamación válida para dicho <b>dependiente</b> o dicho <b>dependiente</b> no haya recibido ningún beneficio bajo esta <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> reembolsará al <b>Asegurado Titular</b> la cantidad completa de la prima adicional que el <b>Asegurado Titular</b> haya pagado.</p>
7.	LIQUIDACIÓN DEL VALOR ASEGURADO POR FALLECIMIENTO
7.1	<p>BENEFICIOS PENDIENTES DE PAGO: En caso de que el <b>Asegurado Titular</b> fallezca, la <b>Aseguradora</b> pagará cualquier beneficio pendiente de pago al heredero legal del <b>Asegurado Titular</b> declarado por tribunal competente. La <b>Aseguradora</b> deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al <b>Asegurado Titular</b>.</p>

No.	CLÁUSULA
7.2	<p><b>FALLECIMIENTO DE ASEGURADO TITULAR O DEPENDIENTE:</b> Si el <b>Asegurado Titular</b> o cualquiera de sus <b>dependientes</b> fallecen, se le deberá notificar a la <b>Aseguradora</b> dentro de los treinta (30) días siguientes.</p> <p>Al fallecimiento del <b>Asegurado Titular</b>, cualquier adulto <b>dependiente</b> podrá solicitar convertirse en <b>Asegurado Titular</b> por su propio derecho, e incluir a sus propios <b>dependientes</b>.</p> <p>Si el <b>Asegurado Titular</b> falleciera y ningún adulto <b>dependiente</b> ha solicitado convertirse en <b>Asegurado Titular</b>, esta <b>póliza</b> será cancelada, y si no se ha presentado ninguna reclamación válida y no se han recibido beneficios bajo esta <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> reembolsará la parte de la prima correspondiente al período después de que terminó la cobertura.</p> <p>Si un <b>dependiente</b> fallece, su cobertura bajo esta <b>póliza</b> terminará, y si no se ha presentado una reclamación válida para dicho <b>dependiente</b> o dicho <b>dependiente</b> no haya recibido ningún beneficio bajo esta <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> reembolsará la parte de la prima correspondiente a dicho <b>dependiente</b> que el <b>Asegurado Titular</b> haya pagado para el período siguiente a la terminación de la cobertura.</p>
8.	<p><b>OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS</b></p>
8.1	<p><b>REPRESENTANTE DEL ASEGURADO TITULAR O DEL DEPENDIENTE:</b> En este numeral 8, cuando se hace referencia al <b>Asegurado Titular</b>, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier <b>dependiente</b>, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho <b>dependiente</b>.</p>
8.2	<p><b>DILIGENCIA EN ENTREGA DE INFORMACIÓN VERAZ:</b> El <b>Asegurado Titular</b> y cualquiera de sus <b>dependientes</b> deberán actuar de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado a la <b>Aseguradora</b> sean precisos y veraces y estén completos al momento de presentar la <b>solicitud de seguro de salud</b> y para cualquier <b>renovación</b>, extensión o modificación a esta <b>póliza</b>. El <b>Asegurado Titular</b> deberá notificar a la <b>Aseguradora</b> sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en la solicitud inicial antes de que inicie la cobertura de la <b>póliza</b>.</p> <p>El <b>Asegurado Titular</b> (o cualquier persona actuando en su representación) deberá tener especial cuidado y diligencia en el <b>tratamiento</b> de la información de los <b>dependientes</b> que le sea proporcionada a la <b>Aseguradora</b>.</p>
8.3	<p><b>SUPUESTOS DE PROPORCIÓN DE INFORMACIÓN INCORRECTA O INCOMPLETA:</b> La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de hacer cumplir lo que se establece en el numeral 8.4 a continuación si el <b>Asegurado Titular</b> o cualquiera de sus <b>dependientes</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ deliberadamente o por descuido proporciona información incorrecta o incompleta a la <b>Aseguradora</b>, y/o</li> <li>○ no toma las precauciones necesarias para proporcionar información exacta y completa a la <b>Aseguradora</b> (por ejemplo, si el <b>asegurado</b> responde una pregunta incorrectamente o descuidadamente) en circunstancias en las cuales la <b>Aseguradora</b> habría decidido no emitir, renovar, extender o modificar esta <b>póliza</b> para el <b>asegurado</b> si la <b>Aseguradora</b> hubiese contado con la información correcta.</li> </ul>
8.4	<p><b>DERECHO A CANCELAR O DEJAR SIN EFECTO LA PÓLIZA:</b> En los casos donde aplique lo establecido en el numeral 8.3 anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ cuando el <b>Asegurado Titular</b> ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 8.2, la <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de cancelar esta <b>póliza</b>. Esto significa que la <b>Aseguradora</b> considerará esta <b>póliza</b> sin validez a partir de la fecha de emisión, o de la <b>fecha de renovación</b>, o de la fecha del cambio, según sea el caso;</li> <li>○ cuando solamente uno de los <b>dependientes</b> ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 8.2, la <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de considerar sin validez la parte de la <b>póliza</b> que proporciona cobertura a dicho <b>dependiente</b>. Esto significa que la <b>Aseguradora</b> considerará a dicho <b>dependiente</b> sin cobertura válida bajo esta <b>póliza</b> a partir de la fecha de inicio de cobertura, o de la <b>fecha de renovación</b> de la cobertura, o de la fecha del cambio, según sea el caso.</li> </ul>
8.5	<p><b>OTRAS ACCIONES ANTE EL SUPUESTO DE INFORMACIÓN INCORRECTA O INCOMPLETA:</b> Cuando el <b>Asegurado Titular</b> ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la <b>Aseguradora</b> la información requerida, pero no aplica lo establecido en el numeral 8.3, y la <b>Aseguradora</b> habría proporcionado cobertura bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de considerar esta <b>póliza</b> como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la <b>Aseguradora</b> solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una <b>póliza</b> que incluya los términos y condiciones diferentes que la <b>Aseguradora</b> hubiera estipulado, y</li> <li>○ La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación si la <b>Aseguradora</b> hubiese cobrado una prima más alta. En esas circunstancias, la reclamación será reducido proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la <b>Aseguradora</b> hubiese cobrado. Por ejemplo, la <b>Aseguradora</b> solamente pagaría la mitad de la reclamación si la <b>Aseguradora</b> hubiese cobrado el doble de la prima.</li> </ul>

No.	CLÁUSULA
8.6	<p>INFORMACIÓN INCORRECTA O INCOMPLETA DE UNO DE LOS DEPENDIENTES: Cuando solamente uno de los <b>dependientes</b> ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la <b>Aseguradora</b> la información requerida, pero no aplica lo establecido en el numeral 8.3, y la <b>Aseguradora</b> hubiese proporcionado cobertura para ese <b>dependiente</b> bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de considerar esta <b>póliza</b> como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la <b>Aseguradora</b> solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una <b>póliza</b> que incluya los términos y condiciones diferentes que la <b>Aseguradora</b> hubiera estipulado, y</li> <li>○ La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación por servicios recibidos por dicho <b>dependiente</b> si la <b>Aseguradora</b> hubiese cobrado una prima más alta para dicho <b>dependiente</b>. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la <b>Aseguradora</b> hubiese cobrado. Por ejemplo, la <b>Aseguradora</b> solamente pagaría la mitad de la reclamación si la <b>Aseguradora</b> hubiese cobrado el doble de la prima.</li> </ul>
9.	MODIFICACIÓN DEL ESTADO DE RIESGO
9.1	<p>En caso de que la <b>Aseguradora</b> decida renovar esta <b>póliza</b>, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que aparecen en las <b>Condiciones Particulares</b>, a menos que tenga pruebas suficientes que el riesgo ha sido agravado y estas circunstancias no hayan sido aceptadas expresamente por la <b>Aseguradora</b> durante el transcurso del <b>contrato</b>. Sin embargo, si el <b>Asegurado Titular</b> decide cambiar de plan de seguro, la <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de agregar restricciones o exclusiones personales.</p> <p>De acuerdo a lo indicado en el Código de Comercio, aquellas circunstancias que de ser conocidas por la <b>Aseguradora</b> la hubieran hecho desistir de la celebración del <b>contrato</b>, o induciéndola a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa esta <b>póliza</b> con la salvedad prevista para el seguro de vida en el caso de inexactitud en la declaración de la edad del <b>asegurado</b>. Esta nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la <b>Aseguradora</b> de las circunstancias encubiertas, antes de perfeccionarse el <b>contrato</b>, o después, si las acepta expresamente.</p>
10.	PRIMA
10.1	<p>PAGO DE LA PRIMA: El <b>Asegurado Titular</b> deberá pagar las primas directamente a la <b>Aseguradora</b>. Si el <b>Asegurado Titular</b> paga sus primas a otra persona, como un intermediario o corredor de seguros, la <b>Aseguradora</b> no se hace responsable de que dicha persona haga el pago correspondiente a la <b>Aseguradora</b>.</p> <p>El <b>asegurado</b> debe cumplir con el pago total o primer pago fraccionado al momento de la emisión de la <b>póliza</b>. El incumplimiento de esto, traerá consigo que la <b>póliza</b> no entre en vigencia y por tanto no haya cobertura sin necesidad de declaración judicial alguna.</p>
10.2	<p>PERÍODO DE GRACIA: Si la <b>Aseguradora</b> no recibe el pago de la prima (o cualquier porción del pago) o cualquier otro pago correspondiente a esta <b>póliza</b> que el <b>Asegurado Titular</b> deba a la <b>Aseguradora</b> en la <b>fecha de vencimiento</b> del pago, la <b>Aseguradora</b> concederá un <b>período de gracia</b> de treinta (30) días calendario a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada.</p>
11.	RENOVACIÓN
11.1	<p>CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS: La <b>Aseguradora</b> informará al <b>Asegurado Titular</b> si esta <b>póliza</b> está disponible para <b>renovación</b> para el siguiente <b>año póliza</b> con anticipación a la <b>fecha de renovación</b>.</p> <p>Cada <b>año póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> podrá cambiar la forma como calcula las primas, como determina las primas, el monto que el <b>Asegurado Titular</b> debe pagar y el método de pago. La <b>Aseguradora</b> también podrá cambiar los beneficios que están cubiertos y los límites de dichos beneficios, y los términos y condiciones de esta <b>póliza</b>.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> enviará al <b>Asegurado Titular</b> una notificación con no menos de treinta (30) días de anticipación a la <b>fecha de renovación</b>, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la <b>póliza</b> a renovar, y la razón de dichos cambios. Si el <b>Asegurado Titular</b> decide no renovar su <b>póliza</b>, deberá contactar a la <b>Aseguradora</b> durante los treinta (30) días siguientes a la fecha de inicio de la <b>renovación</b> de la <b>póliza</b>.</p> <p>A menos que el <b>Asegurado Titular</b> se comunique con la <b>Aseguradora</b> para expresar su deseo de no renovar la <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> considerará que el <b>asegurado</b> ha aprobado dichos cambios y continuará procesando el pago de la prima usando los detalles de pago que el <b>Asegurado Titular</b> haya proporcionado a la <b>Aseguradora</b>.</p>

No.	CLÁUSULA
11.2	<p>CONDICIONES DE RENOVACIÓN: Conforme a las disposiciones aplicables, la <b>Aseguradora</b> no podrá negar la <b>renovación</b> de la <b>póliza</b> por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el <b>Asegurado Titular</b> y/o <b>contratante</b> notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovar la <b>póliza</b> cuando menos treinta (30) días hábiles antes de la <b>fecha de vencimiento</b> de la <b>póliza</b>. La <b>renovación</b> se realizará en condiciones de aseguramiento similares con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> informará al <b>Asegurado Titular</b> y/o <b>contratante</b> con al menos treinta (30) días hábiles de anticipación a la <b>fecha de renovación</b> de la <b>póliza</b>, los valores de la prima y el <b>deducible</b> correspondiente. En cada <b>renovación</b> se aplicará el <b>deducible</b> contratado que corresponda al plan si el <b>Asegurado Titular</b> y/o <b>contratante</b> no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, y se renovará en los términos y condiciones similares al plan original.</p> <p>En caso de que el <b>asegurado</b> cambie de residencia u ocupación, la <b>renovación</b> de la <b>póliza</b> quedará sujeta a la aprobación de la <b>Aseguradora</b>.</p>
11.3	<p>AVISO DE CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: Las notificaciones por Morosidad y Aviso de Cancelación por incumplimiento por parte del <b>asegurado</b> se enviarán a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de la <b>Aseguradora</b>, con copia al corredor de seguros si hubiere, y con una antelación de quince (15) días hábiles a la finalización del <b>periodo de gracia</b>. Una vez finalizado este período de (15) días, se entenderá que la <b>póliza</b> está cancelada de pleno derecho y la <b>Aseguradora</b> no tendrá obligación alguna con el <b>asegurado</b> a partir de este momento.</p> <p>En caso que la <b>Aseguradora</b> no haga la notificación del Aviso de Cancelación al <b>asegurado</b> de conformidad con la ley vigente, el <b>contrato</b> 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.</p>
11.4	<p>NOTIFICACIONES: Cualquier cambio de dirección del <b>Asegurado Titular</b> y/o <b>contratante</b> deberá notificarlo a la <b>Aseguradora</b>; de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de ésta, tal como se especifica en el numeral 28.</p>
12.	<p><b>COORDINACIÓN DE BENEFICIOS</b></p> <p>En caso de existencia de otros seguros que proporcionen los beneficios cubiertos por esta <b>póliza</b>, el <b>asegurado</b> 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 ésta <b>póliza</b> podrán duplicarse, acumularse, excederse del máximo estipulado en las <b>Condiciones Particulares</b> de esta <b>póliza</b>. El incumplimiento de esta condición priva al <b>asegurado</b> de todo derecho a indemnización en caso de siniestro. Fuera del <b>país de residencia</b>, la <b>Aseguradora</b> funcionará como la principal aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra aseguradora. La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios: Explicación de Beneficios (EOB) y copia de las facturas pagadas por la aseguradora local que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.</p>
13.	<p><b>TERMINACIÓN DE COBERTURA POR PARTE DEL ASEGURADO</b></p>
13.1	<p>CANCELACIÓN: El <b>Asegurado Titular</b> podrá cancelar esta <b>póliza</b> por cualquier razón enviando una notificación a la <b>Aseguradora</b> dentro de los treinta (30) días de haber recibido su <b>póliza</b> o de su <b>fecha de renovación</b>, siempre y cuando no haya presentado una reclamación válida o recibido ningún beneficio bajo esta <b>póliza</b> durante el <b>año póliza</b> en curso. Si el <b>Asegurado Titular</b> cancela la <b>póliza</b> durante este período de treinta (30) días, la <b>Aseguradora</b> reembolsará al <b>Asegurado Titular</b> la cantidad completa de la prima pagada para ese <b>año póliza</b>.</p>
14.	<p><b>TERMINACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA</b></p>
14.1	<p>RECLAMACIONES FRAUDULENTAS: En este numeral 14, cuando se hace referencia al <b>Asegurado Titular</b>, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier <b>dependiente</b>, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho <b>dependiente</b>.</p>

No.	CLÁUSULA
14.2	<p>ABSTENCIONES: El <b>Asegurado Titular</b> y cualquiera de sus <b>dependientes</b> deberán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ abstenerse de hacer cualquier declaración fraudulenta o exagerada, o presentar una reclamación falsa bajo esta <b>póliza</b>;</li> <li>○ abstenerse de enviar a la <b>Aseguradora</b> documentos falsos o falsificados, así como cualquier otra evidencia falsa, o hacer declaraciones falsas o inexactas para procesar una reclamación, y/o</li> <li>○ abstenerse de proporcionar a la <b>Aseguradora</b> información cuando el <b>Asegurado Titular</b> o cualquiera de sus <b>dependientes</b> sepan que el no hacerlo facultará a la <b>Aseguradora</b> para denegar el pago de una reclamación bajo esta <b>póliza</b>.</li> </ul> <p>En caso de no cumplimiento con lo establecido en este numeral, la <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ negar el pago de una reclamación en su totalidad o parcialmente, y/o</li> <li>○ recuperar cualquier pago que la <b>Aseguradora</b> ya haya efectuado con respecto a determinada reclamación.</li> </ul> <p>Adicionalmente, si el <b>Asegurado Titular</b> no cumple con lo establecido en este numeral, la <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de notificar al <b>Asegurado Titular</b> que su <b>póliza</b> ha sido cancelada por incumplimiento de lo establecido en este numeral, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima.</p> <p>Si solamente uno de los <b>dependientes</b> infringe lo establecido en este numeral, la <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de notificar al <b>Asegurado Titular</b> que la cobertura bajo esta <b>póliza</b> del <b>dependiente</b> en particular ha terminado por incumplimiento de lo establecido en este numeral, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima para este <b>dependiente</b>.</p>
14.3	<p>SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD FALSA, INCOMPLETA O FRAUDULENTE: La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir la <b>póliza</b> si se descubre que las declaraciones en la <b>solicitud de seguro de salud</b> son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude.</p>
14.4	<p>CANCELACIÓN POR POSIBLE INFRACCIÓN DE LEY U ORDEN JUDICIAL: La <b>Aseguradora</b> podrá dar por terminada esta <b>póliza</b> inmediatamente si considera que el continuar proporcionando cobertura la <b>Aseguradora</b> y/o el <b>Asegurado Titular</b> pueda infringir cualquier ley, regulación, código u orden judicial.</p>
14.5	<p>CANCELACIÓN POR PROHIBICIÓN DE LEYES EXTRANJERAS E INTERNACIONALES: La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de cancelar o rescindir una <b>póliza</b> si las obligaciones de la <b>Aseguradora</b> y las de sus compañías afiliadas estén 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, o si la misma infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la <b>Aseguradora</b> o cualquier de las entidades relacionadas a la <b>Aseguradora</b>.</p>
15.	<p>OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO</p>
15.1	<p>DOCUMENTACIÓN PARA REEMBOLSO: El <b>asegurado</b> deberá presentar todos los formularios, autorizaciones y documentación requeridos para que la <b>Aseguradora</b> obtenga la información necesaria para procesar la solicitud de reembolso, tal como se establece en el numeral 1.4.</p>
15.2	<p>DEBIDA COLABORACIÓN: El <b>asegurado</b> deberá proporcionar a la <b>Aseguradora</b> cualquier ayuda necesaria para que la <b>Aseguradora</b> pueda gestionar dicha reclamación; por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ proporcionar documentos o declaraciones de testigos;</li> <li>○ firmar documentos legales que sean necesarios, y</li> <li>○ someterse a una evaluación médica.</li> </ul>
16.	<p>RECLAMACIÓN DE SINIESTROS</p>
16.1	<p>PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El <b>Asegurado Titular</b> 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 <b>Aseguradora</b>. El plazo para presentar cualquier reclamación bajo la presente <b>póliza</b> es de ciento ochenta (180) días. El no cumplir con lo establecido en este numeral resultará en la denegación de la reclamación.</p> <p>Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas. En el caso de las reclamaciones relacionadas con <b>accidentes</b> automovilísticos, se requieren los siguientes documentos para revisión: informes policiales, constancia de cobertura del seguro principal, informe médico del <b>tratamiento de emergencia</b> y resultado de las pruebas de toxicología.</p>

No.	CLÁUSULA
16.2	<p>PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR: El objetivo de la <b>Aseguradora</b> es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta <b>póliza</b> cuando sea posible.</p> <p>De lo contrario, el <b>asegurado</b> deberá pagar al proveedor directamente y posteriormente presentar la reclamación a la <b>Aseguradora</b>, adjuntando todas las facturas válidas, cartas relevantes y cualquier otro documento relacionado con la cobertura de los beneficios sobre los cuales el <b>asegurado</b> está presentando la reclamación. Cuando sea requerido por la <b>Aseguradora</b>, el <b>asegurado</b> deberá proporcionar las facturas originales.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no está en posibilidad de regresar documentación original al <b>asegurado</b>; sin embargo, la <b>Aseguradora</b> podrá enviarle copia de los mismos.</p>
16.3	<p>REEMBOLSO: El reembolso corresponderá a la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la <b>Aseguradora</b> y la tarifa <b>usual, acostumbrada y razonable</b> para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del <b>Asegurado Titular</b>.</p> <p>En casos de reembolso, la <b>Aseguradora</b> reembolsará al <b>Asegurado Titular</b>, 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 <b>póliza</b> para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> solamente procesa los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria del <b>asegurado</b> o por medio de un cheque pagadero al <b>Asegurado Titular</b>.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos administrativos de la transferencia bancaria. Si el banco local le cobra al <b>asegurado</b> un costo administrativo, la <b>Aseguradora</b> reembolsará dicha cantidad cuando el <b>asegurado</b> proporcione prueba de que ha pagado dicho costo. Cualquier otro cargo bancario, tal como costos por cambio de moneda, son responsabilidad del <b>asegurado</b>, a menos de que el <b>asegurado</b> haya pagado debido a un error de la <b>Aseguradora</b>.</p>
16.4	<p>MONEDA DE PAGO Y TIPO DE CAMBIO: La <b>Aseguradora</b> solamente pagará las reclamaciones de servicios locales e internacionales en dólares americanos.</p> <p>Cuando la <b>Aseguradora</b> convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el que corresponde a la fecha de servicio según lo indicado por la <b>Aseguradora</b> en su página web.</p>
17.	<p><b>PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN</b></p>
17.1	<p>FALTA DE COOPERACIÓN: Si el <b>asegurado</b> no coopera con la <b>Aseguradora</b> para proporcionarle toda la información necesaria para que la <b>Aseguradora</b> esté en posibilidades de apreciar correctamente el riesgo a cubrir, la <b>Aseguradora</b> no estará obligada a cubrir los gastos reclamados, tal como se establece en el numeral 1.4.</p>
17.2	<p>PRUEBA ESCRITA DE RECLAMACIÓN: Si el <b>asegurado</b> no presenta prueba escrita de la reclamación como se establece en el numeral 16.1, la reclamación podrá ser denegada.</p>
17.3	<p>PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE REEMBOLSO: Si la <b>Aseguradora</b> recibe el formulario de solicitud de reembolso después de ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del <b>tratamiento</b> o servicio, la reclamación podrá ser denegada.</p>
17.4	<p>PROHIBICIÓN POR LEYES EXTRANJERAS O INTERNACIONALES: La <b>Aseguradora</b> no proporcionará cobertura o pagará ninguna reclamación bajo esta <b>póliza</b> si las obligaciones de la <b>Aseguradora</b> y las de sus compañías afiliadas estén 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 <b>Aseguradora</b> generalmente informará al <b>Asegurado Titular</b> cuando éste sea el caso, excepto cuando esto sea prohibido por la ley o cuando esto comprometa las medidas de seguridad de la <b>Aseguradora</b>.</p>
18.	<p><b>PAGO DE INDEMNIZACIÓN</b></p>
18.1	<p>PLAZO PARA PAGO DE INDEMNIZACIÓN: La <b>Aseguradora</b> pagará la indemnización correspondiente, salvo que formule objeciones, dentro de un máximo de treinta (30) días calendario después de que el <b>Asegurado Titular</b> haya presentado la solicitud de reembolso, junto con los documentos necesarios según el numeral 16.1 para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida.</p>

No.	CLÁUSULA
18.2	Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta <b>póliza</b> , los hijos <b>dependientes</b> que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar un certificado de la universidad como evidencia de que en el momento de emitir la <b>póliza</b> o renovarla, dichos hijos <b>dependientes</b> son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el <b>Asegurado Titular</b> confirmando que dichos hijos <b>dependientes</b> son solteros.
18.3	PAGOS DISCRECIONALES: Puede ser que en algunas ocasiones, la <b>Aseguradora</b> pague por servicios médicos o beneficios no cubiertos bajo esta <b>póliza</b> . Estos pagos son llamados pagos discrecionales o “ex gratia”. Cualquier pago ex gratia se hará a única y a completa discreción de la <b>Aseguradora</b> y el cual nunca sobrepasará la suma total asegurada correspondiente a esta <b>póliza</b> . El hecho de que la <b>Aseguradora</b> 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 <b>Aseguradora</b> esté obligada a hacer un pago idéntico o similar en el futuro.
18.4	PAGO POR ERROR: En caso de que la <b>Aseguradora</b> efectúe por error un pago ya sea a un proveedor de servicios médicos o al <b>Asegurado Titular</b> por beneficios recibidos pero no cubiertos por esta <b>póliza</b> , la <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de reducir dicha cantidad de cualquier pago de reclamaciones futuras o de solicitar el reembolso directo al <b>Asegurado Titular</b> .
18.5	<p>MONTO DE REEMBOLSO: En caso de reembolso, la <b>Aseguradora</b> pagará al <b>Asegurado Titular</b> la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la <b>Aseguradora</b> y/o la tarifa <b>usual, acostumbrada y razonable</b> para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del <b>Asegurado Titular</b>.</p> <p>Para pago directo o reembolso, la <b>Aseguradora</b> deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente para determinar la procedencia del pago antes de: (1) aprobar un pago directo, o (2) reembolsar al <b>Asegurado Titular</b>. En caso de que el <b>Asegurado Titular</b> fallezca, la <b>Aseguradora</b> pagará cualquier gasto cubierto pendiente de pago a los herederos legales del <b>Asegurado Titular</b>, tal como se establece en el numeral 7.1.</p>
19.	REDUCCIÓN Y RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA
19.1	SUMA ASEGURADA: La <b>suma asegurada</b> establecida en las <b>Condiciones Particulares</b> para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la <b>póliza</b> aplica por <b>asegurado</b> , por <b>año póliza</b> .
19.2	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS: Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada <b>asegurado</b> . Algunos límites aplican por <b>año póliza</b> , lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que se renueve la <b>póliza</b> de seguro. Otros límites y sub-límites, tal como se describen en el numeral 2.1 de las Condiciones Generales, aplican de forma vitalicia, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la <b>renovación</b> de la <b>póliza</b> .
20.	CESIÓN DE LA PÓLIZA
20.1	PROHIBICIÓN DE CESIÓN: Esta <b>póliza</b> no podrá ser cedida o traspasada sin previo consentimiento de la <b>Aseguradora</b> .
21.	CONTRATO
21.1	<p>PARTES DEL CONTRATO: Esta <b>póliza</b> es un <b>contrato</b> de seguro entre el <b>Asegurado Titular</b> y la <b>Aseguradora</b> con validez por cada <b>año póliza</b>.</p> <p>Si la <b>póliza</b> es renovada, se forma un nuevo <b>contrato</b> bajo los mismos términos que el <b>año póliza</b> anterior, pero con una nueva prima, si así aplicara y cualquier enmienda que le haya sido notificada al <b>Asegurado Titular</b> en el momento de la <b>renovación</b>.</p>
21.2	DERECHO DE ACCIÓN: Ninguna otra persona, incluyendo a los <b>dependientes</b> , podrá hacer cumplir ninguno de los derechos legales bajo este <b>contrato</b> de seguro. Los <b>dependientes</b> pueden hacer uso del proceso de solución de conflictos establecido en el numeral 27.
21.3	<p>DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO: Este <b>contrato</b> de seguro se compone de, y constituye el <b>contrato</b> completo entre la <b>Aseguradora</b> y el <b>Asegurado Titular</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o las Condiciones Generales de la <b>póliza</b>,</li> <li>o las <b>Condiciones Especiales</b>, las cuales tienen prelación sobre las Condiciones Generales de la <b>póliza</b>,</li> <li>o las <b>Condiciones Particulares</b> de la <b>póliza</b>,</li> <li>o la <b>solicitud de seguro de salud</b>, y</li> <li>o cualquier <b>endoso</b>, anexo o enmienda.</li> </ul>

No.	CLÁUSULA
21.4	MONEDA: Todos los límites de los beneficios se expresan en Dólares de los Estados Unidos de América (US\$) y se computan de acuerdo al tipo de cambio en la fecha del servicio.
21.5	DOMICILIO: Para los efectos de esta <b>póliza</b> y los beneficios que ésta ofrece, el <b>Asegurado Titular</b> deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente en Ecuador, a menos que se cumpla con lo indicado en la cláusula 28.1. La falta de cumplimiento de esta condición podrá acarrear la cancelación de la <b>póliza</b> sin derecho a que el <b>asegurado</b> tenga reclamación alguna contra la <b>Aseguradora</b> . Se fija Ecuador como domicilio de las partes.
22.	SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN
22.1	SUBROGACIÓN EN DERECHO DE ACCIÓN: Cuando un tercero sea responsable por cualquier herida, <b>enfermedad</b> , condición o evento relacionado con los <b>beneficios cubiertos</b> de un <b>asegurado</b> , la <b>Aseguradora</b> podrá gestionar la reclamación en nombre de dicho <b>asegurado</b> .  La <b>Aseguradora</b> podrá ejercer sus derechos para gestionar una reclamación en nombre del <b>asegurado</b> antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la <b>póliza</b> .
22.2	COLABORACIÓN EN LA RECLAMACIÓN: El <b>asegurado</b> deberá proporcionar a la <b>Aseguradora</b> cualquier ayuda necesaria para que la <b>Aseguradora</b> pueda gestionar dicha reclamación, y se compromete a no tomar ninguna acción, aceptar ningún acuerdo extrajudicial o hacer cualquier otra cosa que pueda afectar negativamente los derechos de la <b>Aseguradora</b> para gestionar una reclamación en nombre del <b>asegurado</b> .
23.	CAMBIOS A LA PÓLIZA
23.1	MODIFICACIONES: Salvo lo expresamente estipulado en este numeral, únicamente la <b>Aseguradora</b> y el <b>Asegurado Titular</b> podrán modificar esta <b>póliza</b> . Ningún cambio será válido a menos de que sea confirmado por escrito por la <b>Aseguradora</b> . Todas las modificaciones o <b>endosos</b> a esta <b>póliza</b> deberán ser firmados por un funcionario autorizado de la <b>Aseguradora</b> . Ningún corredor de seguros tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la <b>póliza</b> . Después de que la <b>póliza</b> ha sido emitida, ningún cambio será considerado válido a menos que sea acordado expresamente entre el <b>Asegurado Titular</b> la <b>Aseguradora</b> y sea hecho constar por un <b>endoso</b> a la <b>póliza</b> , firmado por ambas partes.
23.2	PERÍODO PARA REALIZAR MODIFICACIONES: Al ser una <b>póliza</b> con vigencia anual, el <b>Asegurado Titular</b> únicamente podrá modificar su <b>póliza</b> al momento de la <b>renovación</b> . Si el <b>Asegurado Titular</b> decide cambiar su <b>póliza</b> al momento de la <b>renovación</b> , no se reiniciará ningún período de espera como se indica en la <b>Tabla de Beneficios</b> .
23.3	CAMBIOS LEGALES O REGULATORIOS: La <b>Aseguradora</b> podrá hacer modificaciones a la <b>póliza</b> durante el <b>año póliza</b> solamente cuando se traten de cambios legales o regulatorios, y dichos cambios apliquen a todos los <b>asegurados</b> con el mismo producto de seguro para mejorar la cobertura que reciben de la <b>Aseguradora</b> . Cuando este sea el caso, la <b>Aseguradora</b> notificará al <b>Asegurado Titular</b> por escrito sobre los cambios con la debida anticipación, siempre que esto sea posible.
24.	RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO A LA COBERTURA
24.1	RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA: La responsabilidad de la <b>Aseguradora</b> bajo esta <b>póliza</b> es proporcionar al <b>asegurado</b> cobertura de seguro y en algunas ocasiones coordinar <b>tratamientos</b> en nombre del <b>asegurado</b> relacionados con sus <b>beneficios cubiertos</b> . La <b>Aseguradora</b> no proporciona los <b>tratamientos</b> médicos.
24.2	REPRESENTACIÓN: El <b>Asegurado Titular</b> designa a la <b>Aseguradora</b> para actuar como su representante, en su nombre y el de sus <b>dependientes</b> , para gestionar citas médicas o coordinar la prestación de ciertos <b>beneficios cubiertos</b> cuando el <b>Asegurado Titular</b> así lo solicite expresamente y por escrito. La <b>Aseguradora</b> desempeñará la función de representante con el mayor cuidado posible.

No.	CLÁUSULA
24.3	<p>REPRESENTACIÓN POR NO DISPONIBILIDAD: El <b>Asegurado Titular</b> autoriza a la <b>Aseguradora</b> para actuar como su representante, en su nombre y el de sus <b>dependientes</b>, si por cualquier razón el <b>Asegurado Titular</b> no está en la disponibilidad de dar instrucciones a la <b>Aseguradora</b> con respecto a cualquier beneficio cubierto (por ejemplo, si estuviese incapacitado), para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ tomar una decisión que la <b>Aseguradora</b> considere que está en el mejor interés del <b>asegurado</b> (de acuerdo a su cobertura bajo esta <b>póliza</b>);</li> <li>○ proporcionar al proveedor de servicios médicos cualquier información sobre el <b>asegurado</b> que la <b>Aseguradora</b> considere apropiada bajo las circunstancias, y/o</li> <li>○ recibir instrucciones de la persona que la <b>Aseguradora</b> considere la más apropiada (por ejemplo un familiar, el <b>médico</b> tratante, o el empleador).</li> </ul> <p>Mientras la <b>Aseguradora</b> actúe como representante del <b>Asegurado Titular</b>, la <b>Aseguradora</b> podrá desempeñar dicha función a través de cualquiera de sus compañías administradoras o afiliadas.</p>
25.	RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO AL ASEGURADO
25.1	<p>INDEMNIDAD: Ni la <b>Aseguradora</b> ni ninguna de sus compañías administradoras o afiliadas serán responsables por pérdida, daño o <b>enfermedad</b> que pueda sufrir el <b>asegurado</b> en virtud de la prestación de los <b>beneficios cubiertos</b> por parte del proveedor de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios, salvo que dicha pérdida, daño o <b>enfermedad</b> que pueda sufrir el <b>asegurado</b> sean consecuencia directa de una acción u omisión por parte de la <b>Aseguradora</b> o de sus compañías administradoras o afiliadas con los proveedores o prestadores de dichos servicios. El <b>Asegurado Titular</b> podrá presentar una queja directamente ante el proveedor de dichos servicios médicos o la persona que haya prestado el servicio.</p> <p>Los derechos legales del <b>Asegurado Titular</b> no se verán afectados, si éste decide presentar una solicitud de solución de conflictos, como se estipula en el numeral 27.</p>
26.	AVISO DE PRIVACIDAD
26.1	<p>CONFIDENCIALIDAD: La <b>Aseguradora</b> toma la confidencialidad de la información personal de sus <b>asegurados</b> seriamente.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> 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 <b>Aseguradora</b>, estará siempre sujeto a restricciones contractuales con respecto a las obligaciones de confidencialidad y seguridad de la información.</p> <p>Si el <b>Asegurado Titular</b> se transfiere a otro seguro de la <b>Aseguradora</b> u otro seguro ofrecido por cualquiera de sus compañías afiliadas, la <b>Aseguradora</b> compartirá con dichas compañías la información médica, de reclamaciones e historial de la <b>póliza</b> del <b>Asegurado Titular</b>.</p>
26.2	<p>INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES: La <b>Aseguradora</b> podrá compartir la información de los <b>dependientes</b> con el <b>Asegurado Titular</b>, incluyendo información sobre beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de <b>deducible</b> cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar la prestación de <b>beneficios cubiertos</b>.</p>
26.3	<p>POLÍTICAS DE PRIVACIDAD: Tanto el formulario de <b>solicitud de seguro de salud</b> como el formulario de solicitud de reembolso contienen información más detallada sobre cómo la <b>Aseguradora</b> procesa la información personal de los <b>asegurados</b>, y a través de dichos documentos la <b>Aseguradora</b> solicita la autorización del <b>Asegurado Titular</b> para procesar su información personal, así como la de sus <b>dependientes</b>. El <b>Asegurado Titular</b> puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la <b>Aseguradora</b> en <a href="http://www.bupasalud.com">www.bupasalud.com</a>.</p>
27.	SOLUCIÓN DE CONFLICTOS
27.1	<p>APELACIÓN DE RECLAMACIONES: En caso de un desacuerdo entre el <b>Asegurado Titular</b> y/o sus <b>dependientes</b> y la <b>Aseguradora</b> sobre esta <b>póliza</b> de seguro y/o sus condiciones, el <b>Asegurado Titular</b> y/o sus <b>dependientes</b> deberán solicitar una revisión del caso al comité de apelaciones de la <b>Aseguradora</b> antes de comenzar cualquier procedimiento legal. 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 <b>Aseguradora</b> en su domicilio principal. Al recibir la petición, el comité de apelaciones de la <b>Aseguradora</b> determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días calendario, el comité de apelaciones de la <b>Aseguradora</b> notificará al <b>Asegurado Titular</b> y/o sus <b>dependientes</b> sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión.</p>

No.	CLÁUSULA
27.2	ARBITRAJE: Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la <b>Aseguradora</b> y el <b>asegurado</b> 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.
27.3	JURISDICCIÓN: Las partes se someten a las leyes ecuatorianas así como a la jurisdicción de los tribunales o jueces competentes de la Ciudad de Quito para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente <b>contrato</b> . El <b>Asegurado Titular</b> confiere jurisdicción exclusiva en Ecuador para determinar cualquier derecho bajo esta <b>póliza</b> . La <b>Aseguradora</b> y el <b>Asegurado Titular</b> también acuerdan pagar los gastos incurridos y los honorarios de sus respectivos abogados. Esta <b>póliza</b> está sujeta a las leyes de Ecuador. Cualquier disputa que no pueda ser resuelta por otros medios será considerada por los tribunales correspondientes en Ecuador.
27.4	INTERPRETACIÓN: En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta <b>póliza</b> debido al lenguaje, la versión en español tendrá precedencia sobre la versión en cualquier otro idioma.
27.5	VACÍOS CONTRACTUALES: En lo no previsto en las presentes Condiciones Generales, especiales y particulares, esta <b>póliza</b> se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.
28.	NOTIFICACIONES
28.1	CAMBIO DE DOMICILIO O DATOS DE CONTACTO: El <b>Asegurado Titular</b> deberá informar a la <b>Aseguradora</b> inmediatamente si se muda a otro país o si cambia su <b>país de residencia</b> especificado. Esta <b>póliza</b> terminará si la ley del país a donde se mude el <b>Asegurado Titular</b> , o su <b>país de residencia</b> , o cualquier otra ley aplicable a la <b>Aseguradora</b> o a esta <b>póliza</b> le prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los <b>residentes</b> o ciudadanos de ese país.  El <b>Asegurado Titular</b> deberá informar a la <b>Aseguradora</b> inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que la <b>Aseguradora</b> seguirá utilizando los últimos datos de contacto que el <b>Asegurado Titular</b> haya proporcionado hasta que el mismo notifique lo contrario.
29.	PRESCRIPCIÓN
	Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta <b>póliza</b> , prescriben en dos (2) años a partir del acontecimiento que les dio origen conforme lo establecido en 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.
30.	VERIFICACIÓN DE TEXTO
30.1	El <b>Asegurado Titular</b> y/o <b>contratante</b> podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a las presentes Condiciones Generales el número 44394, con fecha 1 de febrero de 2017.

