

PÓLIZA DE SEGUROS
DE ASISTENCIA MÉDICA

**BUPA GLOBAL
HEALTH PLAN /
PLAN INDIVIDUAL /
MODALIDAD MIXTA**

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

1. ANTECEDENTES

Esta **póliza** es un **contrato** de seguro entre el **Asegurado Titular** y la Compañía con validez por cada **año póliza**.

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

- Condiciones Generales de la **póliza**
- **Tabla de Coberturas**
- **Condiciones Particulares**
- **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual**
- **Endosos** y anexos adheridos a la **póliza**

En este documento, el término “Compañía” se refiere a Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros, y el término “**Asegurado Titular**” se refiere al **asegurado** principal nombrado en la **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual**. Previo al pago de la prima, la Compañía se compromete a cubrir al **Asegurado Titular** las coberturas y/o beneficios estipulados en esta **póliza** y sujeto a los términos y condiciones de la misma.

La Compañía no podrá negarse a celebrar un contrato o renovarlo por razón de enfermedades preexistentes, condición o estado actual de salud, sexo, identidad de género o edad. Tampoco podrá modificar las condiciones del contrato para disminuir, restringir o eliminar la cobertura contratada, por el hecho de que los asegurados cumplan o tengan determinada edad, siempre que dichos contratos posean una continuidad mínima previa de cinco años.

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

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

- Bupa Global Ultimate Health Plan
- Bupa Global Elite Health Plan
- Bupa Global Premier Health Plan
- Bupa Global Select Health Plan

Cada plan presente diferentes opciones de deducibles, para elección del **Contratante**, el deducible elegido se especificará en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan seleccionado.

2. AMPARO BÁSICO

La Compañía únicamente cubrirá los gastos relacionados con las coberturas y **beneficios cubiertos**, de conformidad con lo establecido en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente.

La Compañía pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a **deducible**. Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por la Compañía considerando el gasto **usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele exclusiones o restricciones específicas de cada **asegurado**. Favor de consultar el numeral 7 “Exclusiones y Limitaciones” de las Condiciones Generales de la **póliza** antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios que se describen en la **Tabla de Coberturas** de su Bupa Global Health Plan correspondiente.

La Compañía sólo cubrirá como parte de los **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la autoridad competente de la República de Ecuador o de la autoridad competente del país donde se recibe el **tratamiento** médico, en el caso de los Estados Unidos por la FDA (Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América)

2.1. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

2.1.1 Prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero (**período de carencia** 30 días)
Se otorga cobertura bajo tarifa cero dentro del territorio ecuatoriano como se especifica en el Anexo “Tabla de Prestaciones de Prevención Primaria Incluidas en Tarifa Cero”, incluido en estas Condiciones Generales, y en la red ambulatoria definida por Bupa Ecuador y de acuerdo con los costos establecidos en el tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud.

2.1.2 Tratamiento preventivo, adicional a las prestaciones de prevención primaria incluida en tarifa cero

2.1.2.1 Examen de salud general (**período de carencia** de 10 meses)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía pagará por un examen de salud general una vez que el **asegurado** haya estado cubierto bajo esta **póliza** por 10 meses consecutivos.

No aplica **deducible**.

El examen de salud general normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud.

2.1.2.2 Vacunas

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas:

- vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños y adultos en Ecuador
- vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical
- vacuna contra la influenza (gripe)
- vacunas legalmente exigidas para viajes
- vacunas contra el neumococo
- medicinas contra la malaria

No aplica **deducible** y sujeto a **coaseguro**

2.1.2.3 Examen de la vista

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá un examen de refracción cada **año póliza**, que incluye el costo de la consulta.

No aplica **deducible**.

2.1.2.4 Examen dental preventivo (**período de carencia** de 30 días)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá dos chequeos/exámenes dentales preventivos por **año póliza**, incluyendo:

- radiografías simples e interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG)
- eliminación de la placa dental y pulido
- protector de encías/protector bucal

No aplica **deducible**.

2.2. COBERTURAS POR TRATAMIENTO AMBULATORIO

2.2.1 Honorarios médicos

De acuerdo con lo especificado **en la Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía pagará los honorarios por concepto de consulta con especialistas, médicos o doctores para:

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

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 7.7, 7.11 y 7.30.

2.2.2 Enfermeros profesionales

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos relacionados al cuidado de enfermeros profesionales calificados ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio, para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea **médicamente necesario**.

2.2.3 Consultas medicina alternativa y ancestral

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá las consultas y **tratamiento** con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el **tratamiento**.

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

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 7.23

2.2.4 Diálisis y Hemodiálisis renal

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la **Compañía** pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o **paciente ambulatorio**.

2.2.5 Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos (incluye terapias físicas, cardíacas, respiratorias y de lenguaje)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la **Compañía** cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **tratamiento** de fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del **asegurado**.

2.2.6 Terapeuta ocupacional y ortóptico

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la **Compañía** cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **tratamiento** con terapeutas ocupacionales y ortópticos.

2.2.7 Terapias complementarias

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los honorarios relacionados con consultas y **tratamiento** 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 **tratamiento**, ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio.

Nota: El **tratamiento** proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta será considerado como una visita separada.

2.2.8 Podología

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los honorarios relacionados con el **tratamiento** realizado por un podiatra, quiropodista o especialista profesional calificado en ortopedia, posterior a un diagnóstico y que forme parte del **tratamiento** prescrito por el médico tratante.

2.2.9 Cirugía ambulatoria

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.

2.2.10 Equipo médico durable y suministro de los equipos

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la **Compañía** cubrirá los gastos derivados de la utilización de **equipo médico durable y suministro de los equipos** y sus componentes, siempre y cuando:

- sea prescrito por un médico
- cumpla con la definición de **equipo médico durable y suministro de los equipos**

La Compañía no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del **equipo médico durable y suministro de los equipos**. Este beneficio está sujeto a preaprobación por el equipo médico de la Compañía, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 "Proceso de Reclamo para Cobertura" de estas Condiciones Generales.

Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Compañía.

2.3. COBERTURA PREHOSPITALARIA

2.3.1 Ambulancia aérea local

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la **Compañía** cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizada en caso de **emergencia**, para transportar al **asegurado** al hospital más cercano donde se le puede proporcionar el **tratamiento** adecuado:

- de la ubicación de un **accidente** al hospital, o
- para el traslado de un hospital a otro
- Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea:
- médicamente necesaria,

- utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y
 - relacionada al **tratamiento** cubierto que el **asegurado** necesite recibir en el hospital
- Este beneficio debe ser pre-aprobado **por la Compañía**, de acuerdo con lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

2.3.2 Ambulancia terrestre local

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de una unidad móvil especializada para el transporte terrestre local utilizada en caso de **emergencia**, para transportar al **asegurado**:

- de la ubicación de un **accidente** al hospital,
- para el traslado de un hospital a otro, o
- de su casa al hospital

Cuando una ambulancia terrestre local sea:

- médicamente necesaria, y relacionada al **tratamiento** cubierto y que el **asegurado** necesite recibir en el hospital

2.4. COBERTURAS POR HOSPITALIZACIÓN

2.4.1 Alojamiento en el hospital, alimentos e interconsultas

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía pagará los gastos generados por la **hospitalización** y **tratamiento** hospitalario del **asegurado**, siempre y cuando:

- exista una necesidad médica de permanecer en el hospital,
- el **tratamiento** sea proporcionado o administrado por un especialista, y
- la duración de su estadía sea médicamente justificada.

La Compañía no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, de lujo o similares. Si los gastos del **tratamiento** están ligados a un tipo de habitación, la Compañía pagará el costo del **tratamiento** al precio que se cobraría si ocupara una suite.

Para pacientes internados por 5 noches o más, la Compañía podrá solicitar un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el **tratamiento** recibido, el **tratamiento** planificado y la fecha en la que se dará de alta.

La Compañía pagará hasta el monto indicado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.

2.4.2 Derecho a sala, insumos, materiales clínicos y medicamentos

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos generados por:

- la sala de operaciones,
- la sala de recuperación,
- medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y
- medicamentos y material de curación utilizados mientras el **asegurado** esté internado en el hospital.

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

2.4.3 Cuidados intensivos

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos de **tratamiento** en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea **médicamente necesario** o cuando sea una parte esencial del **tratamiento**.

2.4.4 Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, instrumentista quirúrgico y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la **hospitalización** cubierta por esta **póliza**.

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

Los honorarios del anestesiólogo se pagarán de acuerdo con:

1. El 30% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o
2. El 30% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o
3. Las tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado.

Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con:

1. El 20% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o
2. El 20% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o
3. Las tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado.

Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.

2.4.5 Exámenes de patología, radiología y diagnóstico

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Condiciones Particulares** de su Global Health Plan, la Compañía cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y **exámenes de diagnóstico**, siempre y cuando sean prescritos por un especialista para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el **asegurado** esté hospitalizado.

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 7.15 y 7.28.

2.4.6 Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía pagará los gastos derivados del **tratamiento** suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, **quinesiólogos, fonoaudiólogos** y nutricionistas **debidamente acreditado por la autoridad nacional competente**, si se requiere como parte de su **tratamiento** hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos **tratamientos** no sean el único motivo de su **hospitalización** y la **enfermedad o dolencia** principal se encuentre debidamente cubierto bajo esta **póliza**.

Cualquier **tratamiento** cubierto bajo este beneficio durante la **hospitalización** requerirá preaprobación de la **Compañía**, como se indica en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. La Compañía se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 7.18 y 7.26.

2.4.7 Prótesis

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la **Compañía** pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del **tratamiento**. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído.

La Compañía pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes cuando la prótesis inicial haya sido cubierta por la Compañía. En caso de tratarse de una **condición preexistente** declarada, la prótesis estará cubierta bajo la suma asegurada para **condiciones preexistentes** y de acuerdo con lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**.

2.4.8 Implantes prostéticos y órtesis

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis:

Implantes prostéticos (entre otros):

- para reemplazar articulación o ligamento
- para reemplazar válvula cardíaca
- para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial
- para reemplazar un músculo del esfínter
- para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo

- para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga
- marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a preaprobación, de acuerdo con lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales)
- para remover exceso de líquidos en el cerebro
- implante coclear, la Compañía 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.

Órtesis (entre otros):

- una rodillera que es parte esencial de **una** operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado
- soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral.
- fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello

Los implantes prostéticos y aparatos deben ser notificados a la Compañía previamente, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales; de lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Compañía.

2.4.9 Cirugía reconstructiva o correctiva

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos relacionados con cualquier **tratamiento** para restaurar la apariencia física del **asegurado** después de un **accidente, enfermedad o dolencia, lesión** o cirugía. En caso de tratarse de una **condición preexistente** declarada, la cirugía reconstructiva estará cubierta bajo la suma asegurada para **condiciones preexistentes** y de acuerdo con lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**.

El **asegurado** deberá comunicarse con la **Compañía** para recibir preaprobación antes de someterse al **tratamiento**, de acuerdo con lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

Nota: Si el médico del **asegurado** recomienda **tratamiento** cosmético para corregir un problema funcional, el **asegurado** deberá comunicarse con la Compañía para recibir la preaprobación, de acuerdo con lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la Compañía. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente.

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 7.18 y 7.29.

2.4.10 Cirugía por obesidad (**período de carencia** de 90 días)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía podrá cubrir este **tratamiento**, sujeto a los criterios siguientes si el **asegurado**:

- Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida,
- Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso,
- Informe del médico tratante sobre el manejo de esta condición por los dos (2) últimos años, y
- Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el **asegurado** someterse al procedimiento.

La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y pre-aprobada por el contralor médico de la Compañía, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales.

Importante: El **asegurado** deberá comunicarse con la Compañía para recibir preaprobación antes de someterse al **tratamiento**, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 7.33

2.4.11 Cirugía preventiva

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la Compañía.

El **asegurado** deberá comunicarse con la Compañía para recibir pre-aprobación antes de someterse al **tratamiento**, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

2.5. TRATAMIENTO MÉDICO DE URGENCIA

Todos los gastos o servicios médicos debido a una condición o situación médica de urgencia que amerita evaluación y tratamiento en una institución de salud estarán cubiertos bajo la póliza.

2.6. COBERTURAS POR MATERNIDAD

2.6.1 Embarazo/parto (**período de carencia** de 60 días):

De acuerdo al plan contratado, contará con esta cobertura cuando así se especifique en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la **Compañía** pagará solamente a la **Asegurada Titular**, cónyuge o **conviviente** dependiente los gastos derivados del embarazo, parto y **complicaciones del embarazo**, del parto y del **recién nacido** hasta el límite establecido en este beneficio siempre y cuando la fecha del inicio del embarazo sea por lo menos sesenta (60) días después de la **fecha del inicio de vigencia** de la cobertura para la respectiva **asegurada**. Si el embarazo se produjere dentro del **período de carencia**, se otorgará únicamente la cobertura definida en las prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero y de acuerdo con los términos y condiciones allí definidos, que se indican en estas Condiciones Generales.

Esta cobertura no aplica para ninguna otra **asegurada dependiente**. Para disfrutar de este beneficio, la **asegurada dependiente** que no sea cónyuge o conviviente dependiente deberá optar por una **póliza** independiente donde sea la **Asegurada Titular** de forma previa al nacimiento de su hijo y la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha del inicio de vigencia para la respectiva asegurada.

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 7.5, 7.9, 7.20 y 7.30.

2.6.1.1 Parto normal y cesárea electiva en el hospital o clínica (**período de carencia** de 60 días)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan, la **Compañía** cubrirá a la **Asegurada Titular**, cónyuge o **conviviente**. No aplica **deducible**.

El **tratamiento** de maternidad y parto incluye:

- cargos de hospitales, honorarios de equipo médico, obstetras y matronas por parto natural o cesárea electiva,
- cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural o cesárea electiva, y hasta 7 días de cuidado rutinario para el **recién nacido**.

2.6.1.2 Cesárea médicamente necesaria (**período de carencia** de 60 días)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la **Compañía** cubrirá a la **Asegurada Titular** o cónyuge o **conviviente** por gastos de **hospital**, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria. No aplica **deducible**.

2.6.1.3 Tratamiento pre y post natal, incluyendo las vitaminas requeridas durante el embarazo (**período de carencia** de 60 días)

Una vez transcurridos los 60 días de cobertura continua bajo la **póliza** y de acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá a la **Asegurada Titular**, cónyuge o conviviente por los cuidados de maternidad y **tratamiento** antes y después del parto.

2.6.2 Complicaciones del embarazo, parto y del recién nacido (**período de carencia** de 60 días)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la **Compañía** cubrirá a la **Asegurada Titular**, cónyuge o conviviente por los gastos relacionados con cualquier **tratamiento** que sea **médicamente necesario** como resultado directo de **complicaciones del embarazo** o parto. No aplica **deducible**.

Por **complicaciones del embarazo** o **complicaciones del recién nacido durante el parto** se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto. Este beneficio se encuentra sujeto a preaprobación de la **Compañía**, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. La **asegurada** deberá contactar a la Compañía para recibir preaprobación si es posible. Si requiere **hospitalización de emergencia** como resultado directo de **complicaciones del embarazo** o parto, la **asegurada** deberá comunicarse con la Compañía dentro de las 48 horas después de haber sido hospitalizada. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

Este beneficio se otorgará siempre y cuando el plan correspondiente cuente con la cobertura de maternidad y de acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente.

2.6.3 Incorporación del recién nacido en la póliza (período de carencia de 60 días)

Para que el **recién nacido** de un embarazo cubierto disfrute de todas las cobertura y beneficios 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 Asistencia Médica Individual** para incluir al **recién nacido**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo y de ser el caso, las **condiciones preexistentes** declaradas estarán cubiertas bajo la suma asegurada para **condiciones preexistentes** y de acuerdo con lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**.

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**, parto y del recién nacido”.

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 Asistencia Médica Individual**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la **Compañía** y de ser el caso, las **condiciones preexistentes** declaradas estarán cubiertas bajo la suma asegurada para **condiciones preexistentes** y de acuerdo con lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**. 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 previo, siempre y cuando se presente el acta o certificado de nacimiento dentro de los primeros 90 días después del parto, excepto cuando el recién nacido es adoptado o ha nacido de una **maternidad subrogada**, en cuyos casos deberá realizarse el proceso de inclusión del recién nacido para embarazos no cubiertos.

El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

2.7. CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la **Compañía** cubrirá condiciones congénitas y/o hereditarias, independientemente de cuándo éstas se manifiesten por primera vez.

En caso de tratarse de una **condición preexistente** declarada, la condición congénita o hereditaria estará cubierta bajo la suma asegurada para **condiciones preexistentes** y de acuerdo con lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**.

2.8. CONDICIONES PREEXISTENTES

Se considerará preexistente cualquier **enfermedad**, patología o condición de salud que haya sido conocida por la o el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o **asegurado** y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del **contrato** o a la incorporación de la o el beneficiario. Se proporciona cobertura para todas las **condiciones preexistentes** que el **asegurado** haya declarado en su **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual**, por **asegurado**, de acuerdo con las siguientes condiciones:

- (a) Estarán cubiertas inmediatamente de acuerdo con la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente, cuando el asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha del inicio de vigencia de la póliza, a menos que sean limitadas a la menor cobertura estipulada en la Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten cobertura de Asistencia Médica, indicado en el inciso (c).

- (b) Estarán cubiertas de acuerdo con la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente, después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses de la fecha del inicio de vigencia, cuando el asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha del inicio de vigencia, a menos que sean limitadas a la menor cobertura estipulada en la Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten cobertura de Asistencia Médica,, indicado en el inciso (c)..
- (c) Cobertura de ley para condiciones preexistentes: Las preexistencias especificadas en las Condiciones Particulares de la póliza estarán cubiertas después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses contados a partir de la fecha del inicio de vigencia de la póliza o, para los nuevos Asegurados a partir de la fecha en que hayan sido añadidos a esta póliza y hasta el monto de veinte (20) salarios básicos unificados del Ecuador, por año póliza. En caso de no haber especificado ninguna preexistencia en las Condiciones Particulares de la póliza, las preexistencias declaradas serán cubiertas conforme los literales a y b de este numeral con las carencias respectivas aplicables.
- (d) Las preexistencias no declaradas al momento de llenar la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, la Compañía se reserva el derecho de dar por terminado el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del Asegurado Titular de conformidad con el Código de Comercio, y siempre que la Autoridad Competente declare previamente la existencia de una preexistencia no declarada.
- (e) La Compañía negará la cobertura en caso de preexistencia no declarada al tiempo de la contratación, cuando considere que el titular, usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado conocía la existencia de su enfermedad, patología o condición de salud, por presentar manifestaciones clínicas y alteraciones físicas que por sus signos y síntomas característicos y evidentes, no pudieron pasar desapercibidos y por contar con un diagnóstico médico, para lo cual presentará el correspondiente reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

2.9. TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER Y REHABILITACIÓN

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Condiciones de Especiales de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos derivados de cualquier **tratamiento** contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo trasplante de médula ósea relacionado al cáncer, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el **tratamiento** contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.

El **asegurado** deberá comunicarse con la **Compañía** para recibir preaprobación antes de someterse al **tratamiento**, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 7.31.

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

2.10. TRASPLANTES

De acuerdo a lo indicado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la **Compañía** cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el **trasplante**, incluyendo consultas con **médicos** o **especialistas** y **tratamiento** médico cuando el **asegurado** se encuentre internado en el **hospital** o como **paciente ambulatorio**, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes **trasplantes**:

- córnea
- intestino delgado
- riñón
- riñón/páncreas
- hígado
- corazón
- pulmón
- corazón/pulmón
- médula ósea (no relacionado con cáncer)

Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para **trasplante** de médula ósea y **trasplantes** de células madre periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de **tratamiento** de cáncer.

La **Compañía** cubrirá los gastos del **donante** para cada condición médica que requiera de un **trasplante**, tanto si el **donante** está **asegurado** o no, incluyendo:

- la recolección del órgano ya sea de un **donante** vivo o muerto,
- los gastos por compatibilidad de tejidos
- los gastos de hospital/operación del **donante**, y
- cualquier complicación del **donante**

Para procedimientos realizados en Ecuador, se cubrirán los gastos que correspondan a los procesos de pre-trasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos, necesarios para atender al donante y al receptor.

Este beneficio se encuentra sujeto a preaprobación de la Compañía, de acuerdo con lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales de esta póliza. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

Los beneficios dentro y fuera del Ecuador acumulan a la suma máxima total del beneficio.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 7.24

2.11. COBERTURA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

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

- Las **condiciones preexistentes**, incluyendo las enfermedades crónicas, catastróficas y raras que sobrevengan como consecuencia de la discapacidad, serán cubiertas con un monto de cobertura mínima de veinte (20) salarios básicos unificados del Ecuador, por año póliza. Este límite no aplicará en caso de discapacidad superviniente.
- El período de carencia para una condición de discapacidad declarada será de tres (3) meses de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica de Discapacidades, contados desde la **fecha de inicio de vigencia** de la póliza o, para los nuevos **Asegurados** a partir de la fecha en que hayan sido añadidos a esta póliza.
- **Las condiciones preexistentes relacionadas** con la discapacidad serán cubiertas aun cuando la persona cambie de programa de salud o plan de medicina prepagada o compañía aseguradora o empresa de medicina prepagada.
- La cobertura de cualquier condición médica y/o **condición preexistente** que no sea consecuencia de la discapacidad, no estará sujeta a lo dispuesto en esta cláusula, sino a las que les fuese aplicables de acuerdo a las condiciones generales de la **póliza**.
- Las **pólizas** suscritas con personas con discapacidad tendrán una duración de al menos tres (3) años. En el caso de cancelación anticipada no motivada por parte del asegurado, el asegurado o afiliado perderá el derecho a la continuidad de cobertura prevista en la Ley orgánica de discapacidades.
- La cuantía de las primas para personas con discapacidad es igual a las fijadas para las **pólizas** emitidas a favor de personas sin discapacidad.

2.12. REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS

2.12.1 Rehabilitación multidisciplinaria

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía **pagará por la rehabilitación multidisciplinaria, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología. La Compañía pagará por rehabilitación únicamente cuando haya recibido autorización previa al inicio del tratamiento. La Compañía sólo cubrirá los gastos por rehabilitación multidisciplinaria cuando:**

- **Haya recibido autorización previa al inicio del tratamiento,**
- **Sea considerada médicamente necesaria como resultado de un tratamiento hospitalario o ambulatorio cubierto bajo la póliza para tratar dicha condición, después de revisar la información médica correspondiente, e**
- **Inicie dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la rehabilitación multidisciplinaria.**

Nota:

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

En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

Para que la Compañía pueda otorgar una preaprobación, el especialista deberá proporcionar la información clínica completa del **asegurado**, incluyendo el diagnóstico, el **tratamiento** recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el **asegurado** se encuentra internado para recibir **rehabilitación**, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 7.18.

2.12.2 Enfermería en casa

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos de enfermería en casa para el **asegurado** después de su **tratamiento** en el hospital cubierto por esta **póliza** cuando:

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

El **asegurado** deberá comunicarse con la Compañía para recibir preaprobación antes de recibir este beneficio, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 7.18.

2.13. EXÁMENES DE PATOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y **exámenes de diagnóstico**, siempre y cuando sean prescritos por un especialista para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el **asegurado** esté hospitalizado.

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 7.15 y 7.28.

2.14. IMAGENOLOGÍA AVANZADA

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas:

- estudios de imagen por resonancia magnética (IRM)
- tomografía computarizada (TC)
- tomografía por emisión de positrones (PET)

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

2.15. PRUEBA GENÉTICA DE CÁNCER

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubre una prueba, una consulta previa y otra posterior solamente si:

- el **asegurado** es referido por un médico
- el **asegurado** tiene historial médico de cáncer de un familiar inmediato
- tanto las pruebas como las consultas se llevan a cabo en un hospital o clínica

Requiere de preaprobación antes de realizar las pruebas, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. La Compañía se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la preaprobación haya sido otorgada.

2.16. MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACIÓN CON RECETA MÉDICA

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un médico o doctor de forma previa y que sean necesarios para tratar una **lesión, enfermedad o dolencia**.

2.17. SALUD MENTAL

2.17.1 Salud mental durante la hospitalización

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía pagará los gastos derivados del **tratamiento psiquiátrico y/o psicológico**, siempre y cuando sea **médicamente necesario** producto de una **enfermedad o dolencia** cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el hospital.

Cualquier **tratamiento psiquiátrico y/o psicológico** cuando el **asegurado** esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de aprobación previa de la Compañía. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 7.37.

2.17.2 Tratamiento para crisis de ansiedad o crisis psicótica durante hospitalización

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía pagará los gastos derivados de los tratamientos hospitalarios para crisis de ansiedad o crisis psicótica siempre y cuando sea médicamente necesario y los tratamientos se realizan durante la hospitalización.

Requiere de autorización previa de la Compañía. La Compañía se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 7.22 y 7.37

2.17.3 Salud mental en ambulatorio

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía pagará los honorarios en el consultorio del psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta.

Exclusiones y restricciones:

Consultar los numerales 7.22 y 7.37.

2.18. TRATAMIENTO DENTAL

2.18.1 Tratamiento dental (**período de carencia** de 6 meses)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan, la Compañía cubrirá los gastos por:

- rellenos
- **tratamiento** del conducto radicular
- radiografía
- extracción dental
- anestesia

2.18.2 Restauración mayor no estética (**período de carencia** de 6 meses)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la **Compañía** cubrirá los gastos derivados de:

- puentes
- coronas
- implantes dentales
- dentaduras postizas

2.18.3 Ortodoncia no estética (**período de carencia** de 12 meses)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos de ortodoncia a **asegurados** de hasta 19 años:

- consultas y revisiones mensuales
- extracción de dientes de leche
- planeación de **tratamiento**

- modelos/impressiones de encías
- extracciones
- anestesia
- radiografías simples, interproximales y perapicales, rayos-x de raíces, boca completa, ortopantogramas (OPG) y cefalometrías (CEPH)
- fotografía digital, y
- aparatos ortopédicos de ortodoncia, frenillos de metal, retenedores de metal

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 7.32

2.19. ASESORÍA NUTRICIONAL

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía pagará por consultas con un nutricionista, debidamente acreditado por la autoridad nacional competente, si la asesoría nutricional está relacionada con una **enfermedad o dolencia** diagnosticada y cubierta bajo la póliza.

2.20. PERÍODO DE CARENCIA O DE ESPERA ESPECÍFICO

Los productos Global Health Plan amparados bajo estas Condiciones Generales no contemplan periodos de carencia o de espera general, sin embargo, algunos beneficios cubiertos están sujetos a **períodos de carencia o de espera específicos**, los cuales están establecidos en su **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente. Esto significa que el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios cubiertos que se hayan realizado antes de que haya sido completado el **período de carencia o de espera específico** correspondiente indicado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente.

MAXIMOS PERIODOS DE CARENCIA POR LEY

De acuerdo a lo establecido en la normativa, para lo siguientes beneficios regulados, la Compañía aplicará máximo los **períodos de carencia** abajo indicados:

Carencia Tratamientos Ambulatorios	30 días
Carencia Tratamientos Hospitalarios	90 días
Carencia Tratamientos de Emergencia	24 horas
Carencia Preexistencias declaradas	24 meses
Carencia Discapacidad declarada	3 meses
Carencia Maternidad	60 días

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

3. COBERTURAS OBLIGATORIAS

3.1. Enfermedades Crónicas, Catastróficas, Degenerativas y Raras

Estarán cubiertas, cuando sean consideradas como sobrevivientes, de acuerdo a lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, las enfermedades que la Autoridad Sanitaria Nacional haya nombrado y determinado como crónicas, catastróficas, degenerativas y raras.

Las condiciones congénitas y/o hereditarias consideradas enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras, tendrán cobertura como se especifica en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

3.2. Tratamiento médico de Emergencia

Todos los gastos o servicios médicos debido a una condición o situación de emergencia proporcionados por un proveedor fuera de la red de proveedores internacionales de Bupa, serán cubiertos y pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

3.3. Prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero (período de carencia** 30 días) Referirse al numeral 2.1.1**

3.4. Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional

En los casos que la Autoridad Nacional competente lo disponga se otorgará cobertura conforme sea ordenado en un cuerpo legal de aplicación obligatoria, en la medida en que no sea incompatible con las condiciones pactadas en el presente contrato.

4. PROHIBICIÓN A LAS EXCLUSIONES

4.1. Tratamiento dental relacionado con accidentes

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan, la Compañía cubrirá los gastos generados por el **tratamiento** dental **médicamente necesario** derivado de un **accidente** cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al **accidente**.

4.2. Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos

Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía pagará servicios de centros para pacientes terminales y cuidados paliativos si recibe un diagnóstico de **enfermedad** terminal y si el **asegurado** ya no puede recibir **tratamiento** que conduzca a su recuperación:

- alojamiento en centro para pacientes terminales
- cuidados de enfermero(a) profesional calificado(a) ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio.
- medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
- cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales

4.3. Enfermedades de transmisión sexual diferentes al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (**período de carencia** de 90 días en hospitalario y 30 días en ambulatorio)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual diferentes a las del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

4.4. Métodos anticonceptivos (**período de carencia** 30 días)

Se cubre cualquier método anticonceptivo temporal y permanente hasta el límite indicado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente.

4.5. Desórdenes del sueño (**período de carencia** 30 días)

Tratamiento para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, hasta el límite indicado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente.

4.6. Tratamiento por Obesidad (**período de carencia** de 90 días en hospitalario y 30 días en ambulatorio)

El **tratamiento** por obesidad incluye suplementos alimenticios, siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de **tratamiento** de acuerdo con los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 7.33.

4.7. Medicamentos Suplementarios (**período de carencia** 30 días)

Los medicamentos suplementarios prescritos por receta médica están cubiertos hasta el límite máximo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente y se encuentran bajo este concepto:

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

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

4.8. Gastos de alojamiento para acompañantes en caso de hospitalización

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos generados por habitación y alimentos diarios para hasta tres (3) acompañantes en el hospital donde se encuentra el **asegurado** o en un hotel o alojamiento similar cercano, incluyendo el costo de transporte entre el hotel o alojamiento similar y el hospital, cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado recibiendo **tratamiento** cubierto por más de 5 noches.

Los gastos de cama y alimentación en el hospital para acompañante se cubrirán a partir del primer día, para (1) un solo acompañante únicamente cuando el **asegurado** hospitalizado sea menor de edad o adulto mayor de 75 años y de hasta el límite indicado en la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente, partir del quinto día de hospitalización podrá acogerse al beneficio mayor, descrito y como se indica anteriormente.

5. AMPAROS ADICIONALES

5.1. Cobertura para actividades y deportes peligrosos

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los costos relacionados con **tratamientos** derivados de la práctica de **actividades y deportes peligrosos**, de forma aficionada (amateur) o de forma profesional (o por compensación), para conocer la forma en que su póliza le otorga esta cobertura, consulte la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente.

5.2. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (**período de carencia** de 90 días en hospitalario y 30 días en ambulatorio)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera. En caso de tratarse de una **condición preexistente** declarada, el SIDA/VIH estará cubierto bajo la suma asegurada para **condiciones preexistentes** y de acuerdo con lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**.

5.3. Autismo

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los costos relacionados con el autismo, incluyendo consultas médicas, y medicamentos una vez que sea diagnosticado el síndrome (desorden) en cualquiera de sus manifestaciones (espectro). Este beneficio también incluye terapias de lenguaje, terapia ocupacional y terapias de modificación de conducta (ABA) siempre y cuando sean realizadas por un médico o especialista certificado y en una institución médica (clínica u hospital y centro de terapias).

Este beneficio está sujeto a preaprobación por el equipo médico de la Compañía, de acuerdo al numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. En caso de no haberse pre-aprobado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

5.4. Enfermedad de Alzheimer

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los siguientes gastos relacionados con coberturas vitales para un paciente que ha sido diagnosticado con esta enfermedad:

- Medicamentos por receta
- Nutrición
- **Cuidado asistencial**
- Consejería familiar

Este beneficio está sujeto a preaprobación por el equipo médico de la Compañía, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. En caso de no haberse pre-aprobado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 7.28 de las Exclusiones y Limitaciones.

5.5. Dispositivos para la audición y la vista

5.5.1 Aparatos auditivos

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. No cubre reemplazos durante el mismo **año póliza**.

5.5.2 Anteojos y lentes de contacto

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un especialista oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. No cubre reemplazos durante el mismo **año póliza**.

5.5.3 Cirugía refractiva (1 por ojo, de por vida)

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos:

- si el **asegurado** tiene 3 dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado, y
- si el **tratamiento** es realizado por un proveedor (médico, hospital o clínica) reconocido y acreditado

La Compañía únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. Este procedimiento está sujeto a preaprobación, de acuerdo con lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales, por lo que el **asegurado** deberá obtener dicha preaprobación antes de coordinar cualquier consulta o **tratamiento**. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

6. BENEFICIOS ADICIONALES

6.1. Transporte y viajes

6.1.1 Viajes de traslado sin costo de prima adicional

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, 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** y/o el prestador de servicios debe contactar a la Compañía para recibir preaprobación, de acuerdo con lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales, 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**,
- el **asegurado** y/o el especialista o médico tratante coordinará el traslado, 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 Compañía no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero siempre estará con el **asegurado** para apoyarle.

Exclusiones y restricciones:

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

- La Compañía no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición fuera del control de la Compañía.
- La Compañía solo pagará por los viajes de traslado pre-aprobados por la Compañía, de acuerdo con lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales.

6.1.2 Evacuación médica sin costo de prima adicional

Evacuación médica hospitalaria: De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía 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 pre-aprobación de la Compañía, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales, y el viaje de regreso debe realizarse dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

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

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

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

6.1.3 Evacuación no-médica en casos de conflictos y desastres naturales sin costo de prima adicional

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los costos de evacuación si su boleto de regreso no puede usarse debido a:

- guerra, conmoción civil, incidentes terroristas, ley marcial, revolución u otra situación similar en la región donde se encuentra el **asegurado**, 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 **asegurado**, y dicha situación surgió cuando el **asegurado** ya había iniciado su viaje a dicha región, y
- desastres naturales destructivos, incluyendo: 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 **asegurado** viajó fuera de su **país de residencia** especificado y la situación surgió cuando el **asegurado** ya había iniciado su viaje a dicha región.

Si el **asegurado** ha sido detenido por las autoridades en un país debido a guerra o peligro de guerra, o si el **asegurado** no puede ser evacuado debido a un desastre natural, la Compañía 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.

La cobertura está sujeta a la condición de que el **asegurado** 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.

La Compañía 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 **asegurado** en los casos que sea necesaria su asistencia.

El **asegurado** deberá comunicarse con la Compañía lo antes posible después del evento.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 7.8.

6.1.4 Repatriación médica sin costo de prima adicional

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los costos de viaje de traslado para una repatriación médica:

- al **país de nacionalidad** o al **país de residencia** del **asegurado** según la información que haya proporcionado en su **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual**,
- y el traslado de regreso al lugar de donde el **asegurado** fue trasladado en los siguientes casos:
 - cuando haya sido autorizado previamente por la Compañía, y
 - cuando el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**.

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

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

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

En algunos casos, el **asegurado** podrá solicitar una repatriación médica cuando comunicándose con la Compañía para recibir preaprobación, de acuerdo con lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales; sin embargo, esto puede ser médicamente inapropiado. En estos casos, la Compañía primero evacuará al **asegurado** al lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento** necesario esté disponible. Una vez que el **asegurado** esté médicamente estable, la Compañía procederá con la repatriación al **país de nacionalidad** o **país de residencia** que el **asegurado** haya especificado.

La Compañía no pagará ningún otro costo relacionado con la repatriación, como los costos de traslado al hotel o alojamiento de hotel.

6.1.5 Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación o repatriación) sin costo de prima adicional

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del **asegurado** (espos(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La Compañía considera como ‘necesidad razonable’ cuando el **asegurado** necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:

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

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

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

- esto sea pre-aprobado por la Compañía, de acuerdo con lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales, y
- el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**,
- en caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

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

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

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

6.1.6 Costos de alimentación y transporte para acompañante sin costo de prima adicional

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan, la Compañía cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (espos(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el **asegurado**:

- únicamente durante una evacuación, y
- por hasta 10 días o hasta el día de alta del **asegurado**, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del **asegurado** se encuentre fuera de su **país de residencia** habitual.

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

6.1.7 Costos de viaje de traslado de niños sin costo de prima adicional

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del **asegurado** sean trasladados junto con el **asegurado** en caso de su evacuación o repatriación, siempre y cuando los hijos sean menores de 18 años, y cuando:

- sea **médicamente necesario** que el **asegurado** (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado,
- el (la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al asegurado, y
- de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado, y esto sea pre-aprobado por la Compañía, de acuerdo con lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

6.1.8 Costos de viaje de traslado, alimentación y transporte para visita compasiva sin costo de prima adicional

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá el costo de un boleto de avión en clase turista para el viaje de traslado de hasta tres familiares cercanos del **asegurado** (esposo(a) o pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a)) que vivan en otro país cuando el **asegurado** sufra un **accidente o enfermedad o dolencia** repentina y necesite estar internado en el hospital 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 **asegurado** a su país de origen. Este beneficio requiere notificación para preaprobación por la Compañía, de acuerdo a lo indicado en el numeral 20 “Proceso de Reclamo de Cobertura” de estas Condiciones Generales. En caso de no haberse notificado, se aplicará un **coaseguro** adicional del 30%, como se indica en el numeral 20.1 “Pre-aprobaciones” de estas Condiciones Generales.

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

- durante un viaje de visita compasiva elegible, y
- hasta por 10 días mientras los familiares estén fuera de su **país de residencia** habitual

Este beneficio no corresponde en casos de evacuación o repatriación. En estos casos, la Compañía solamente cubrirá los gastos especificados bajo los beneficios 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 **Tabla de Coberturas** del plan correspondiente.

6.1.9 Costos repatriación compasiva de emergencia sin costo de prima adicional

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos de viaje razonables del **asegurado** cuando éste se encuentre fuera de su **país de residencia** y deba regresar prematuramente debido al fallecimiento, una **enfermedad o dolencia** aguda y seria o una **lesión** de un familiar cercano (esposo(a), pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a), cuñado(a), yerno, nuera, nieto(a) o suegro(a)).

La Compañía cubrirá el costo menor entre:

- el costo razonable del regreso por aire o mar, o
- el costo de un boleto clase ejecutiva

La Compañía cubrirá solamente:

- un viaje en conexión con el curso de la **enfermedad o dolencia**, y
- si el familiar en cuestión no es un asegurado bajo la misma **póliza** quien ya ha sido repatriado, y si la repatriación compasiva de emergencia adelantaría el regreso del **asegurado** en por lo menos 12 horas del regreso original que había sido programado.

6.1.10 Repatriación de restos mortales sin costo de prima adicional

De acuerdo con lo especificado en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del **asegurado** a su **país de nacionalidad** o a su **país de residencia**:

- en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su **país de residencia**, y
- sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea

La Compañía 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.

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

6.2 Cobertura sin prima adicional para niños (máximo 2 hijos por padre asegurado)

Los hijos del **asegurado** podrán incluirse en la **póliza** sin prima adicional 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.

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

En caso de que fallezca el **Asegurado Titular**, la Compañía otorgará cobertura a los **asegurados dependientes** sin costo alguno, durante el tiempo especificado en su Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente, y contados a partir de la fecha de fallecimiento del **Asegurado Titular**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para los **dependientes** sobrevivientes para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

7. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

7.1. CONDICIONES PREEXISTENTES

Estarán excluidas las condiciones preexistentes no declaradas.

7.2. 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 Compañía no proporciona cobertura o beneficios, así como tampoco para las exclusiones y limitaciones que aparecen en la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente, ni para las condiciones preexistentes que estén directamente relacionados con:

- Condiciones preexistentes no declaradas al momento de contratar la póliza o sus complicaciones;
- Enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos;
- Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos, y
- Complicaciones que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos, y
- Los servicios y tratamientos realizados en el exterior que no se lleven a cabo dentro de la red de proveedores de la Compañía, excepto en los planes que los proveedores son de libre elección y así lo indique la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente. Esta exclusión no es aplicable para la cobertura de tratamiento de emergencia.

7.3. ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS

Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier actividad o deporte peligroso, ya sea por compensación o como profesional. A menos que:

- Haya sido declarado en su Solicitud de Seguro y sea la fuente principal de ingresos del asegurado, y
- Se especifique cobertura en la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente.

7.4. 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 Compañía.

7.5. ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS

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, a menos que se hayan especificado en la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente.

Nota: La Compañía cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de médula ósea y trasplantes de células madre de sangre periférica cuando son realizados como parte del tratamiento de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.

7.6. CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO DE SEXO

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.

7.7. CLÍNICAS DE HIDROTERAPIA Y NATURISTAS.

Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital.

7.8. CONFLICTO Y DESASTRE

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 y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el asegurado:

- (a) ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,
- (b) ha participado activamente, o
- (c) ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.

7.9. CONTROL DE NATALIDAD

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, con excepción de lo estipulado en las prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero y en la provisión de métodos anticonceptivos, que se indican en estas Condiciones Generales

7.10. DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO

Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos.

7.11. DISFUNCIONES SEXUALES

Consultas y tratamientos relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza.

7.12. EMBARAZOS Y PARTOS NO CUBIERTOS

Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto tal como se indica en la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente, con excepción de la cobertura provista bajo la tarifa cero.

7.13. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y ENFERMEDADES PANDÉMICAS

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 excepto las vacunas que se especifican en su Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente.

Esta exclusión no aplicará en los casos que la Autoridad Nacional competente así lo disponga.

7.14. EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL

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

7.15. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES

Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas, a menos que se especifique en su Tabla de Coberturas del plan correspondiente, y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para trabajar o viajar.

7.16. GASTOS DE REGISTRO/ADMINISTRACIÓN

Gastos de registro/administración en hospitales o instituciones similares (a menos que la Compañía, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante). No aplicable para proveedores del Ecuador.

7.17. GASTOS EXCESIVOS

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.

7.18. GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS

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

- (a) Que no sea médicamente necesario, o
- (b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o doctor o profesional acreditado, o
- (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o
- (d) Que está relacionado con el cuidado asistencial, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente, o
- (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

7.19. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA

Cuando el paciente sufre de una lesión, enfermedad o padecimiento que requiera tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida, pero el pronóstico médico indique que el paciente ha perdido la habilidad de estabilizarse y recuperar su función normal, la Compañía se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico médico. La Compañía no continuará pagando el mantenimiento artificial de la vida del paciente dentro de una institución hospitalaria cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del paciente o en la restauración de su salud. Sin embargo, la Compañía puede considerar la posibilidad de mantener la cobertura para dichos tratamientos en una institución no hospitalaria o en el hogar del asegurado.

7.20. MATERNIDAD SUBROGADA

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.

7.21. MEDICAMENTOS SIN RECETA

Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.

Los suplementos vitamínicos, se cubrirán siempre y cuando sean médicamente necesarios hasta el límite máximo indicado en la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente.

7.22. MEDICINA ALTERNATIVA

Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente.

7.23. MEDICAMENTOS COLOQUIALMENTE CONOCIDOS COMO CHINOS

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.

7.24. ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES

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

7.25. PODOLOGÍA

Cuidado podológico o podiátrico que sea cosmético o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.

7.26. DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO

No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos,

ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente.

7.27. PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO O INSTALACIONES MÉDICAS NO AUTORIZADAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES

Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o tratamiento realizado en instalaciones médicas no reconocidas, por la autoridad nacional competente del país en el cual se esté realizando el tratamiento.

7.28. PRUEBAS GENÉTICAS

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.

7.29. CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO

Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, solo se cubrirá cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza, que sea resultado de una condición cubierta y médicamente necesario, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por todos los medios.

7.30. TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

Tratamiento para asistir en la reproducción, como:

- fertilización in-vitro (IVF)
- transferencia intratubárica de gametos (GIFT)
- transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)
- inseminación artificial (IA)
- tratamiento de medicamentos recetados
- traslado del embrión (de una ubicación física a otra)
- gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen

7.31. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

La Compañía no pagará por tratamientos o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales. La Compañía tampoco pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea pre-aprobado.

La Compañía no pagará por cualquier costo relacionado con tratamientos o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

7.32. TRATAMIENTO MAXILAR

Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, 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.

7.33. TRATAMIENTO POR OBESIDAD

Se excluyen los medicamentos que no sean médicamente necesarios. Los gastos de Tratamiento por Obesidad se cubrirán siempre y cuando haya un diagnóstico médico y hasta el límite indicado en la Tabla de Coberturas de su plan correspondiente.

Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos como se indica en la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente, sujetos a los términos y condiciones de la póliza.

7.34. TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIARES

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

7.35. TRASTORNOS REFRACTIVOS

Tratamientos, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK), excepto cuando se especifique la cobertura en la Tabla de Coberturas de su Global Health Plan correspondiente.

7.36. TRATAMIENTOS PROVENIENTES DE SINIESTROS OCURRIDOS EN PAÍSES DE LISTA OFAC

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 www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx, en concordancia con las normas de Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros delitos aplicables en el Ecuador.

7.37. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO

No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos durante una hospitalización cuando la razón principal de la hospitalización sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental, a menos que se especifique en la Tabla de Coberturas de su plan correspondiente. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

7.38. TRATAMIENTO PARA EL CRECIMIENTO

Cualquier gasto relacionado con la hormona del crecimiento para el tratamiento de talla corta constitucional, excepto cuando la talla corta constitucional sea consecuencia de enfermedades consideradas catastróficas o enfermedades raras y huérfanas, tal como se definen en el numeral 8 de “Definiciones” de estas Condiciones Generales, y siempre que dichos tratamientos sean médicamente necesarios y pre-aprobados por la Compañía.

8. DEFINICIONES

8.1. ACCIDENTE

Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta. Los accidentes deben ser notificados durante las 72 (setenta y dos) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los 30 (treinta) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura, según aplique, o politraumatismos.

8.2. ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS

Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.

8.3. AÑO CALENDARIO

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

8.4. AÑO PÓLIZA

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

8.5. ASEGURADO

La persona para quien se ha completado una **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual**, para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la Compañía. El término “asegurado” incluye al **Asegurado Titular** y a todos los **dependientes** cubiertos bajo esta **póliza**.

8.6. ASEGURADO TITULAR

La persona solicitante nombrada en la **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual**. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

8.7. BENEFICIARIO DEL SEGURO

Persona designada por el **Asegurado Titular** en la **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual**, que está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada, que se encontraran pendientes de pago, en caso de fallecimiento del **Asegurado Titular**.

8.8. BENEFICIOS CUBIERTOS

Tratamiento y beneficios que aparecen como cubiertos en la **Tabla de Coberturas** de la **póliza**.

8.9. COASEGURO O COPAGO

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

8.10. 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 **póliza**, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea, en ningún caso son consideradas una complicación del embarazo.

8.11. COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO

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

8.12. CONDICIÓN PREEXISTENTE

Son aquellas **enfermedades o dolencias** o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el **asegurado** o por quien contrata en su favor previamente a la celebración del **contrato**, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un **médico o doctor** 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 **póliza**.

Cuando la **Compañía** cuente con pruebas documentales de que el **asegurado** efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate, podrá solicitar al **asegurado** 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 **enfermedades o dolencias** por los que previamente a la celebración del **contrato**, el **asegurado** haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir el **tratamiento** médico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate.

La **Compañía** podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los **asegurados** que se someta a un examen médico. Al **asegurado** que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la3 exclusión de preexistencia respecto de **enfermedad o dolencia** alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

8.13. 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.

8.14. 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.

8.15. CONTRATANTE O SOLICITANTE

La persona que firma la **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual** para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima.

8.16. CONTRATO O PÓLIZA

El presente **contrato** celebrado entre la Compañía y el **asegurado**, bajo el cual la Compañía se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al **Asegurado Titular** por gastos relacionados con los **beneficios cubiertos** en que incurra.

8.17. CRISIS DE ANSIEDAD (INCLUYE ATAQUES DE PÁNICO)

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

8.18. CRISIS PSICÓTICA

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

8.19. CUIDADO ASISTENCIAL

Ayuda para realizar actividades cotidianas que debe ser proporcionada por un **técnico de la salud o asistente de enfermería**.

8.20. CUIDADOS INTENSIVOS

Los cuidados intensivos incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de **tratamiento** y monitoreo médico superior; unidad de tratamiento intensivo/unidad de cuidados intermedios (UTI/UCI): una unidad que provee de cuidados del más alto nivel; Unidad Coronaria: una unidad que provee de cuidados cardíacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee el mejor cuidado para los **recién nacidos**.

8.21. DEDUCIBLE

El deducible individual es la cantidad anual de los beneficios cubiertos que debe ser pagada por cada asegurado por cada año póliza, y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El deducible familiar es la cantidad máxima por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.

8.22. DEPENDIENTE

Cualquier otra persona diferente del **Asegurado Titular** cubierta bajo esta **póliza** y nombrada en las **Condiciones Particulares**.

8.23. 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).

8.24. EMERGENCIA

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

8.25. ENDOSO

Documento que forma parte integrante de la **póliza** 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.

8.26. ENFERMEDAD CATASTRÓFICA

Es aquella que cumple con las siguientes características:

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

8.27. ENFERMEDAD EPIDÉMICA

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

8.28. ENFERMEDAD O DOLENCIA

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

8.29. ENFERMEDAD PANDÉMICA

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

8.30. ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS

Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.

8.31. EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD) Y SUMINISTRO DE LOS EQUIPOS

El equipo médico durable (EMD) es equipo **médicamente necesario** que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o **enfermedades** no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características:

(a) ser ordenado por un **médico**, (b) ser resistente al uso prolongado, (c) ser usado para un propósito médico, (d) ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias,

8.32. ESPECIALISTA

Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un médico general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un **médico o doctor** que esté legalmente calificado para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el **tratamiento** sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del **tratamiento** de la **enfermedad o dolencia o lesión** que sea tratado.

8.33. ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

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

8.34. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

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

8.35. FECHA DE ANIVERSARIO

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

8.36. FECHA DE RENOVACIÓN

El primer día del siguiente **año póliza**. La **renovación** ocurre solamente en la **fecha de aniversario** de la **póliza**.

8.37. FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

8.38. FECHA DEL INICIO DE VIGENCIA O FECHA EFECTIVA

Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en las **Condiciones Particulares** de la póliza.

8.39. FONOAUDIÓLOGO

Profesional calificado ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde proporcione el tratamiento o servicio, 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 ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde proporcione el tratamiento o servicio, para proporcionar terapia relacionada con **enfermedades o dolencias** del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el **tratamiento**.

8.40. GASTOS ELEGIBLES

Se refiere a aquellos gastos incurridos por el asegurado y que serían cubiertos por la póliza siempre que así lo indique la **Tabla de Coberturas de la póliza**, aun cuando dichos gastos sean aplicados al deducible.

8.41. HOSPITALIZACIÓN

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

8.42. LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

8.43. LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA

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

8.44. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA

Los tratamientos para el mantenimiento artificial de la vida reemplazan o apoyan las funciones de un cuerpo enfermo o herido. Cuando el paciente tiene una condición tratable, el tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida se usa temporalmente hasta que su condición pueda estabilizarse

y el cuerpo pueda recuperar su función normal. Algunas veces, el cuerpo nunca recupera la habilidad de funcionar con el tratamiento para mantenimiento artificial de la vida. En esos casos, es la condición subyacente, no el acto de discontinuar el tratamiento, lo que produce la muerte.

8.45. MATERNIDAD O GESTACIÓN SUBROGADA

Es la práctica por la que una mujer gesta en su cuerpo un bebé previo pacto, compromiso o contrato, que incluye una cláusula de cesión, al término de la gestación, de todos sus derechos sobre el recién nacido. No se otorga cobertura para una maternidad o gestación subrogada.

8.46. MÉDICAMENTE NECESARIO

El **tratamiento**, servicio o suministro médico que es determinado por la Compañía como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o **tratamiento** de una **enfermedad o dolencia o lesión** y que esté de acuerdo con protocolos nacionales e internacionales establecidos por los organismos competentes. El **tratamiento**, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si: (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el **asegurado**, la familia del **asegurado** o el proveedor del; (b) No es apropiado para el diagnóstico o **tratamiento** del **asegurado**; (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o **tratamiento** adecuado; (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (organismo regulador competente).

8.47. PACIENTE AMBULATORIO

Persona que recibe un **tratamiento** que por razones médicas requiere ocupar una cama de hospital únicamente durante el día.

8.48. PAÍS DE NACIONALIDAD

El país que le ha otorgado nacionalidad al **Asegurado Titular** y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a la **Compañía** por escrito.

8.49. PAÍS DE RESIDENCIA

El país de origen o donde las autoridades competentes (como autoridades migratorias) le han otorgado residencia al **Asegurado Titular** y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a la **Compañía** por escrito:

- (a) Donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza; o
- (b) Donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la Póliza está en vigencia.

8.50. PERÍODO DE GRACIA

Es el período de treinta (30) días contados desde la fecha en que debió realizar el último pago de la póliza, durante el cual la Compañía no suspenderá la cobertura, de acuerdo a lo indicado en el Código de Comercio.

8.51. PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA

Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas.

8.52. QUINESIÓLOGO

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

8.53. RECIÉN NACIDO

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

8.54. REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

Combinación de varios **tratamientos** de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología que buscan restaurar la función completa, después de un evento crítico.

8.55. RENOVACIÓN

Cada aniversario de la fecha en que el **Asegurado Titular** contrató la **póliza** de seguro.

8.56. 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.

8.57. SIGNOS

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

8.58. SÍNTOMA

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

8.59. SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INDIVIDUAL

Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus **dependientes**, usada por la Compañía para determinar la aceptación del riesgo o aprobación bajo las coberturas estipuladas bajo la ley vigente. La Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual incluye cualquier, historial médico, cuestionarios, exámenes médicos y certificados médicos que pudiesen ser solicitados por la Compañía, antes de la emisión de la **póliza**, para evaluar una(s) mejora(s) en sublímites y tiempos de carencia en su cobertura de enfermedades preexistentes.

8.60. TABLA DE COBERTURAS

Listado que forma parte de integral de la **póliza** que incluye las coberturas y **beneficios cubiertos** y los límites máximos que serán pagados una vez que superen el **deducible** anual aplicable detallado.

8.61. TERAPEUTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL)

Un terapeuta ocupacional, fisioterapeuta u ortopedista legalmente calificado para practicar como tal en el país en donde el **asegurado** esté recibiendo el **tratamiento**.

8.62. 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 **tratamiento**.

8.63. TRASPLANTE

Procedimiento mediante el cual un órgano, célula o tejido es implantado de una persona a otra o cuando un órgano, célula, o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

8.64. TRATAMIENTO

Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como **exámenes de diagnóstico**, de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una **lesión, enfermedad o dolencia** con el objeto de que el **asegurado** recupere, restablezca o conserve su estado de salud.

8.65. TRATAMIENTO AMBULATORIO

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

8.66. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO

Tratamiento de una **enfermedad o dolencia** mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

8.67. URGENCIA

Condición médica que se manifiesta por signos o síntomas sin riesgo de vida y que ameritan una evaluación, estabilización o tratamiento médico en una institución de salud dentro de un periodo de tiempo razonable.

8.68. USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE

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

9. VIGENCIA

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

10. ELEGIBILIDAD

La **póliza** solamente puede ser emitida a **residentes** del territorio de la República del Ecuador.

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

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

CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA

Para los efectos de esta **póliza** y los beneficios que ésta ofrece, el **Asegurado Titular** y **dependientes** deberán al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente en Ecuador. La falta de cumplimiento de esta condición podrá acarrear la cancelación de la **póliza**, o exclusión del **asegurado** no residente en Ecuador, sin derecho a que el **asegurado** tenga reclamación alguna contra la Compañía.

El **Asegurado Titular** deberá informar a la **Compañía** inmediatamente si él o alguno de los **dependientes** de la **póliza**, se mudan a otro país o si cambian su **país de residencia** especificado. Esta **póliza** terminará si la ley del país a donde se mude el **Asegurado Titular**, o su **país de residencia**, o cualquier otra ley aplicable a la Compañía o a esta **póliza**, le prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los **residentes** o ciudadanos de ese país.

DERECHO DE NO EMITIR UNA PÓLIZA

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

11. EDAD DEL ASEGURADO

Edad mínima de dieciocho (18) años, excepto para **dependientes** elegibles. No hay edad máxima de suscripción o de **renovación** para **asegurados** ya cubiertos bajo la **póliza**.

Los asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del **Asegurado Titular** se mantenga en la República del Ecuador.

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

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

12. SUMA ASEGURADA

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

LÍMITE DE LAS COBERTURAS Y DE LOS BENEFICIOS

La **cobertura máxima** para todos los gastos médicos y beneficios cubiertos durante la vigencia de esta **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de la misma. Hay tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la **Tabla de Coberturas de su Global Health Plan** correspondiente.

- **El “límite máximo”** – la máxima cantidad que la Compañía pagará en total por todos los beneficios, por cada **asegurado**, por cada **año póliza**
- **“De por vida”** – la cantidad máxima del beneficio que la Compañía pagará por cada **asegurado** durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por **sesiones, visitas o días o “sub-límites”** – la cantidad máxima que la Compañía pagará por ciertos beneficios específicos listados en la **Tabla de Coberturas de su Global Health Plan** correspondiente.

Todos los límites de las coberturas y **beneficios cubiertos** se aplican de forma individual para cada **asegurado**. Algunos límites aplican por **año póliza**, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que se renueve la **póliza** de seguro. Otros límites y sublímites aplican de forma vitalicia, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la renovación de la **póliza**.

Todos las coberturas y beneficios, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

13. DEDUCIBLE

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

Los **deducibles** anuales aplican por separado al **Asegurado Titular** y a cada uno de sus **dependientes**. Tanto el **Asegurado Titular** como cada uno de sus **dependientes** deberán cubrir los **deducibles** anuales correspondientes, los cuales son reinstalables cada **año póliza**.

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

Los costos por encima de las cantidades máximas especificadas en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente, no se tomarán en cuenta para el cálculo del **deducible** anual.

Aun cuando la cantidad que el **Asegurado Titular** esté reclamando sea menor que el total del **deducible** anual, el **Asegurado Titular** debe enviar a la Compañía su reclamación para que la Compañía sepa cuándo el **asegurado** correspondiente ha cubierto su **deducible** anual.

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

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

14. DECLARACIÓN FALSA O RETICENCIA

El **Asegurado** y el **Contratante**, tienen la obligación de declarar objetivamente la información requerida por la Compañía en su **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual**. Toda declaración falsa, inexacta u omisión de información con reticencia requerida por la Compañía, y que hubieren podido influenciar en el consentimiento de esta última en suscribir el Contrato de Seguros, o que habiéndose conocido por parte de la Compañía hubiera suscrito dicho contrato, pero con estipulaciones más gravosas, darán derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato mediante reclamo administrativo.

Esto aplicará cuando la falsedad, inexactitudes o circunstancias no señaladas, pueda influenciar la decisión de la Compañía al decidir:

- (a) Si un **asegurado** puede agregarse a la **póliza** como **dependiente**.
- (b) La cantidad de la prima que el **Asegurado Titular** debe pagar.
- (c) Si la **Compañía** debe pagar cualquier reclamación.

15. REQUERIMIENTOS DE ASEGURABILIDAD

Previo a la emisión de la **póliza**, el **Asegurado Titular** deberá llenar una **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual** que puede descargar fácilmente desde la página web www.bupasalud.com.ec; o puede comunicarse con la Compañía, para el envío de este documento por correo electrónico. Cuando el **Asegurado Titular** presente su **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual**, deberá proporcionar información y documentación respecto al estado de salud, la cual será revisada por el equipo médico de la Compañía.

INCLUSIÓN DE DEPENDIENTE

El **Asegurado Titular** puede solicitar la inclusión de su cónyuge o conviviente e hijo(s) como **dependientes** bajo su **póliza** en cualquier momento, quienes estarán cubiertos a partir de la fecha indicada en las **Condiciones Particulares** que la **Compañía** extiende al **Asegurado Titular**. Para solicitarlo, deberá llenar una **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo y de ser el caso aplicará la cobertura para **condiciones preexistentes** y de acuerdo con lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

Si el **Asegurado Titular** solicita agregar un **dependiente** a su **póliza**, la **Compañía** evaluará el historial médico de dicha persona. El **Asegurado Titular** deberá pagar una prima adicional por dicho **dependiente**.

ELIMINACIÓN DE DEPENDIENTE

Si el **Asegurado Titular** ha agregado a un **dependiente** a su **póliza**, también podrá cancelar esa adición notificando a la **Compañía** dentro de los treinta (30) días después de haber recibido las **Condiciones Particulares** que incluyen al nuevo **dependiente**. Siempre y cuando no se haya presentado una reclamación válida para dicho **dependiente** o dicho **dependiente** no haya recibido ningún beneficio bajo esta **póliza**, la **Compañía** reembolsará al **Asegurado Titular** la cantidad completa de la prima adicional que el **Asegurado Titular** haya pagado.

16. PAGO DE LA PRIMA

El **Asegurado Titular** es responsable depagar a tiempo las primas directamente a la Compañía. Si el **Asegurado Titular** paga sus primas a otra persona, como un intermediario o corredor de seguros, la **Compañía** no se hace responsable de que dicha persona haga el pago correspondiente a la **Compañía**.

Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía y la Compañía no garantiza la entrega de los mismos. Si el **Asegurado Titular** no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, y no sabe el monto del pago de su prima, el Asegurado deberá comunicarse con su agente o agencia asesora productora de seguros o directamente con la Compañía.

Todos los valores monetarios mencionados en esta Póliza son en dólares americanos o su equivalente en la moneda oficial del Ecuador.

Si el **Asegurado** estuviere en mora en el pago de las contraprestaciones económicas, tendrá derecho a la cobertura por treinta (30) días, contados a partir de la fecha en que debió realizar el último pago; fenecido dicho plazo, se suspenderá la cobertura, excepto para la que corresponda a **emergencia** médica dentro de Ecuador, en cuyo caso se dará cobertura por sesenta (60) días adicionales, contados a partir de haberse terminado el **período de gracia** inicial de treinta (30) días, y cubrirá únicamente el **tratamiento** médico que reciba el **Asegurado** en la sala de emergencia para su estabilización inicial. Para la suspensión del financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, será necesario la notificación previa al **Asegurado Titular**. La Compañía podrá descontar de la cobertura del siniestro, aquellas cuotas de la prima que se encuentren impagas.

CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS

Cada año de vigencia de la póliza, la Compañía podrá cambiar el monto que el **Asegurado Titular** y/o **Contratante** debe pagar por la póliza, conforme a las Notas Técnicas aprobadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para el producto. La Compañía también podrá cambiar el método de pago, beneficios, límites de dichos beneficios, así como los términos y condiciones de esta **póliza**.

No se realizarán incrementos adicionales a las tarifas o primas por el apareamiento de enfermedades crónicas y catastróficas, sobrevinientes a la contratación, tampoco se negará la renovación de la **póliza** por dichas causas.

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

17. CONDICIONES DE RENOVACIÓN

Conforme a las disposiciones aplicables, la Aseguradora no podrá negar la renovación de la Póliza por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento similares con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y con el Certificado de Aprobación de las Condiciones Sanitarias.

18. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

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

Fuera del **país de residencia**, la **Compañía** funcionará como la principal compañía aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra compañía aseguradora.

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

19. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO

Durante la vigencia del presente contrato, el Titular del Seguro podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, mediante notificación escrita a la Compañía, devolviendo el original de esta Póliza, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima no devengada. La Compañía tendrá derecho al cobro de las primas efectivamente devengadas durante la vigencia del Contrato, así como también tendrá derecho al cobro de todos los gastos relacionados con la expedición de dicho Contrato.

En caso de que el asegurado estuviere en mora por más de noventa (90) días, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago, se le notificará la terminación automática del contrato, por cualquiera de los medios reconocidos por nuestra legislación. Para terminar unilateralmente el contrato por parte de la Compañía en el caso previsto en esta cláusula, se deberá notificar por escrito al titular del seguro la terminación del contrato, especificando claramente la fecha del mismo y el motivo de la terminación. En este caso la Compañía queda obligada a devolver al Asegurado la parte de la prima no devengada en proporción al tiempo no corrido, calculada a prorrata.

El dolo o mala fe del Solicitante en la declaración sobre el estado del riesgo, es causal para que la Compañía pueda dar por terminado unilateralmente el contrato, para lo cual, iniciará un reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, valores y Seguros, a fin de dar por terminado el contrato.

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

En caso de que esta Póliza sea terminada por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación, y la Compañía sólo será responsable por tratamientos cubiertos bajo los términos de la Póliza que se hayan llevado a cabo antes de la fecha efectiva de terminación de la misma. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser necesario.

20. PROCESO DE RECLAMO PARA COBERTURA

Para las coberturas y/o beneficios que en estas Condiciones Generales y/o en la Tabla de Coberturas se indique que requieren pre-aprobación, el Asegurado deberá dar aviso a la Compañía por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico o tratamiento, este mismo procedimiento deberá observarse para cualquier procedimiento médico que implique hospitalización, cirugía o sedación, observando lo indicado en la sección de PRE-APROBACIONES.

Para otros procedimientos médicos que no se haya especificado que requieren pre-aprobación, o en los que no se requiera hospitalización, cirugía o sedación, y en los que el cliente realizará directamente el pago al proveedor, el Asegurado tendrá un plazo de ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha de tratamiento o servicio para presentar a la Compañía la documentación respectiva y solicitar el reembolso de los gastos pagados, observando lo indicado en el numeral 22 "Documentos necesario para la reclamación de un siniestro".

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

Además, en caso de accidente, no corresponderá la eliminación del deducible si el Asegurado no notifica como se establece previamente.

20.1. PRE-APROBACIONES

El Asegurado deberá obtener pre-aprobación para cualquier cobertura y/o beneficio amparado bajo esta póliza cuando así se indique en estas Condiciones Generales y/o en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

El Asegurado deberá obtener una pre-aprobación subsecuente si los servicios para la cobertura y/o el beneficio amparado no se reciben dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de la pre-aprobación original.

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

Si el Asegurado no solicita la pre-aprobación respectiva o no notifica a la Compañía como se indica en este numeral, se aplicará un coaseguro adicional del treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con la reclamación, además del deducible y el coaseguro del beneficiario, si corresponden.

20.2. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA

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

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

21. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

21.1. DOCUMENTACIÓN PARA REEMBOLSO

El asegurado deberá presentar todas las , autorizaciones y documentación requeridos para que la Compañía obtenga la información necesaria para procesar la solicitud de reembolso, tal como se indica en el numeral 22 "Documentos necesarios para la reclamación de un siniestro"

21.2. DEBIDA COLABORACIÓN

El asegurado deberá proporcionar a la Compañía cualquier ayuda necesaria para que la Compañía pueda gestionar dicha reclamación.

22. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE UN SINIESTRO

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

- (a) Facturas originales,
- (b) Receta médica, firmado y sellado por el médico tratante
- (c) Pedido de exámenes, firmado y sellado por el médico tratante
- (d) Resultados de exámenes, firmado y sellado por el médico tratante
- (e) Historia clínica completa, firmado y sellado por el médico tratante
- (f) Informes médicos, firmado y sellado por el médico tratante
- (g) Certificado médico con inicio de síntomas de patología, evolución de la enfermedad, tratamientos recibidos, firmado y sellado por el médico tratante
- (h) Facturas internacionales
- (i) Comprobantes de pago
- (j) Pedido de procedimiento firmado y sellado por el médico tratante
- (k) Presupuesto de honorarios médicos, firmado y sellado por el médico tratante
- (l) Para cuidado en el hogar, certificado médico indicando propósito del cuidado, detalle de actividades que realizara el personal, duración del cuidado, tiempo requerido, firmado y sellado por el médico tratante
- (m) Para terapias de rehabilitación, plan de tratamiento certificado indicando propósito de las terapias o rehabilitación, objetivos a alcanzarse, período de tiempo necesario, tipo de terapias, tiempo de cada terapia, firmado y sellado por el médico tratante

Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. La Compañía se reserva el derecho de solicitar copia del comprobante de pago correspondiente.

23. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

- (a) La mala fe del asegurado en la reclamación de siniestro o el incumplimiento de las obligaciones que le correspondería en caso de mismo.
- (b) Si el seguro hubiere sido contratado con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, tomando como base la fecha de emisión de esta Póliza.
- (c) Si el asegurado no hubiese dado aviso del siniestro y presentado la documentación en los plazos previsto en el numeral 20 "Proceso de Reclamo para Cobertura"
- (d) La Compañía no proporcionará cobertura o pagará ninguna reclamación bajo esta póliza si las obligaciones de la Compañía y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas según las leyes aplicables vigentes. La Compañía generalmente informará al Asegurado Titular cuando éste sea el caso, excepto cuando esto sea prohibido por la ley o cuando esto comprometa las medidas de seguridad de la Compañía.

24. INDEMNIZACIÓN

Una vez recibido el reclamo, la Compañía aceptará o negará el reclamo, motivando su decisión, en el plazo de treinta (30) días, contados a partir de la presentación de la formalización de la solicitud de pago del siniestro. Se entenderá presentado el reclamo cuando haya sido presentada toda la documentación detallada en numeral 22 "Documentos necesarios para la Reclamación de un Siniestro" de esta póliza para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida. La Compañía procederá al pago dentro del plazo de los diez (10) días posteriores a la aceptación.

Expresamente el Asegurado Titular y sus dependientes renuncian al secreto de sus expedientes médicos, los cuales podrán ser exigidos y conocidos por la Compañía tanto a ellos como a los médicos y centros tratantes.

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

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

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

25. PAGO DE RECLAMOS

25.1. PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR

El objetivo de la Compañía es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta **póliza** cuando sea posible.

De lo contrario, el **asegurado** deberá pagar al proveedor directamente y posteriormente presentar la reclamación a la **Compañía**, adjuntando toda la información necesaria para procesar la solicitud de reembolso, tal como se indica en el numeral 22 “Documentos necesarios para la Reclamación de un Siniestro” de estas Condiciones Generales. Cuando sea requerido por la Compañía, el **asegurado** deberá proporcionar las facturas originales.

La Compañía no está en posibilidad de regresar documentación original al **asegurado**; sin embargo, la Compañía podrá enviarle copia de los mismos.

25.2. REEMBOLSO AL ASEGURADO TITULAR

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

En casos de reembolso, la Compañía reembolsará al **Asegurado Titular**, salvo que formule objeciones, máximo hasta treinta (30) días después de que el **asegurado** haya presentado la notificación sobre la ocurrencia del siniestro, aparejada de los documentos que se establecen en el numeral 22 “Documentos necesarios para la Reclamación de un Siniestro” de estas Condiciones Generales para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida.

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

La Compañía cubrirá los costos administrativos de la transferencia bancaria. Si el banco local le cobra al **asegurado** un costo administrativo, la Compañía reembolsará dicha cantidad cuando el **asegurado** proporcione prueba de que ha pagado dicho costo. Cualquier otro cargo bancario, tal como costos por cambio de moneda, son responsabilidad del **asegurado**, a menos de que el **asegurado** haya pagado debido a un error de la **Compañía**.

25.3. BENEFICIOS PENDIENTES DE PAGO POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

En caso de que el **Asegurado Titular** fallezca, la Compañía pagará cualquier beneficio pendiente al **Beneficiario del Seguro** que haya sido designado en la **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual** de la póliza correspondiente. La **Compañía** deberá recibir la información requerida, de acuerdo con lo indicado en el numeral 22 “Documentos necesarios para la Reclamación” de estas Condiciones Generales, para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o hacer el reembolso.

De no haberse declarado un **Beneficiario del Seguro**, se deberá efectuar la devolución a favor de los herederos del **Asegurado Titular**, quienes deberán acreditar su calidad con los documentos legales respectivos acorde a la legislación local.

25.4. PAGOS DISCRECIONALES

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

25.5. PAGO POR ERROR

En caso de que la Compañía efectúe por error un pago ya sea a un proveedor de servicios médicos o al **Asegurado Titular** por beneficios recibidos, pero no cubiertos por esta **póliza**, la Compañía se reserva el derecho de reducir dicha cantidad de cualquier pago de reclamaciones futuras o de solicitar el reembolso directo al **Asegurado Titular**.

26. ARBITRAJE

En caso de que surja alguna controversia relacionada con este Contrato, las partes harán sus mejores esfuerzos para alcanzar un acuerdo directo entre ambos. Para lo cual, la parte que se considere afectada planteará queja por escrito a la otra, en la que exprese su posición, dentro del término de siete días, contado a partir de la negativa a cubrir el financiamiento de las prestaciones sanitarias o del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del Asegurado. Si dentro del término de ocho días, posteriores a la presentación de la queja, no se llegare a una solución amistosa, la parte que se creyere perjudicada quedará en libertad de plantear el reclamo administrativo correspondiente, en los términos previstos en esta Ley.

El procedimiento anterior no excluye el derecho de cualquier de las partes de plantear de modo directo las acciones judiciales o administrativas a que hubiere lugar.

26.1. RECLAMO ADMINISTRATIVO

En caso de que la Compañía haya negado un reclamo conforme los términos señalados en el numeral 25 de este condicionado general, y si el asegurado no se allanara a las objeciones, podrá presentar un reclamo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Este reclamo administrativo se someterá a lo previsto en la Ley General de Seguros, contenida en el libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero.

26.2. MEDIACIÓN

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

27. SUBROGACIÓN

Cuando un tercero sea responsable por cualquier herida, enfermedad, condición o evento relacionado con los beneficios cubiertos de un Asegurado, lo que deberá ser probado ante autoridad competente, la Compañía podrá ejercer sus derechos para gestionar una reclamación en nombre del Asegurado antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la póliza.

El Asegurado deberá proporcionar a la Compañía cualquier ayuda necesaria para que la Compañía 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 Compañía para gestionar una reclamación en nombre del asegurado.

28. NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que haya de notificarse a la Compañía y al Asegurado, referente a la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá efectuarse por escrito. Toda comunicación que la Compañía tenga que enviar al Asegurado deberá llevarse a cabo en el domicilio del Asegurado o Beneficiarios, y de igual forma las notificaciones que correspondan a la Compañía, deberán de llevarse a cabo en su domicilio utilizando, en ambos casos, los medios permitidos de acuerdo a la ley de comercio electrónico, firmas y mensajes de datos.

El **Asegurado Titular** deberá informar a la Compañía inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que la Compañía seguirá utilizando los últimos datos de contacto que el **Asegurado Titular** haya proporcionado hasta que el mismo notifique lo contrario.

29. JURISDICCIÓN

Las partes se someten a las leyes ecuatorianas, para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente **contrato**. El **Asegurado Titular** confiere jurisdicción exclusiva en Ecuador para determinar cualquier derecho bajo esta **póliza**. La Compañía y el **Asegurado Titular** también acuerdan pagar los gastos incurridos y los honorarios de sus respectivos abogados. Esta **póliza** 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.

30. PRESCRIPCIÓN

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta **póliza**, prescriben en tres (3) años a partir del acontecimiento que les dio origen, a menos que el beneficiario demuestre haber tenido conocimiento del hecho o que han estado impedidos de ejercer sus derechos, caso en los que el plazo se contará desde que tuvo conocimiento, o se suspenderá mientras persistió el impedimento, respectivamente, pero en ningún caso excederá de cinco (5) años desde ocurrido el siniestro, conforme lo establecido en el con el Código de Comercio.

31. REHABILITACIÓN

Si la **póliza** no fue renovada o pagada, durante el período de gracia descrito en el numeral 8.50 de estas Condiciones Generales, la Póliza puede ser rehabilitada, por una sola ocasión, con las mismas condiciones originarias, durante los siguientes sesenta (60) días contados a partir de haberse terminado el período de gracia de treinta (30) días. Esta Póliza no podrá ser rehabilitada después de noventa (90) días contados a partir de la fecha de vencimiento.

En los casos de terminación anticipada de la póliza, por decisión unilateral del Asegurado Titular, éste también podrá solicitar a la Compañía, por una sola ocasión, el restablecimiento de su vigencia, con las mismas condiciones originarias, dentro de los tres meses posteriores a dicha terminación, debiendo cumplir, si fuere el caso, con las contraprestaciones económicas correspondientes.

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

A discreción de la Compañía, siempre y cuando el Asegurado proporcione nueva evidencia de elegibilidad, la cual consistirá en la presentación del Formulario de Reinstalación y cualquier otra información o documento requerido por la Compañía, esta póliza podrá rehabilitarse por una segunda ocasión, en los mismos tiempos arriba indicados.

32. CAMBIOS A LA PÓLIZA

32.1. MODIFICACIONES

Salvo lo expresamente estipulado en este numeral, únicamente la Compañía y el **Asegurado Titular** podrán modificar esta **póliza**. Ningún cambio será válido a menos de que sea confirmado por escrito por la Compañía. Todas las modificaciones o **endosos** a esta **póliza** deberán ser firmados por un funcionario autorizado de la Compañía. Ningún corredor de seguros tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la **póliza**. Después de que la **póliza** ha sido emitida, ningún cambio será considerado válido a menos que sea acordado expresamente entre el **Asegurado Titular** la Compañía y sea hecho constar por un **endoso** a la **póliza**, firmado por ambas partes.

32.2. PERÍODO PARA REALIZAR MODIFICACIONES

Al ser una **póliza** con vigencia anual, el **Asegurado Titular** únicamente podrá modificar su **póliza** al momento de la **renovación**. Si el **Asegurado Titular** decide cambiar su **póliza** al momento de la **renovación**, no se reiniciará ningún período de espera como se indica en la **Tabla de Coberturas** de su Global Health Plan correspondiente.

32.3. CAMBIOS LEGALES O REGULATORIOS

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

32.4. CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN

Al ser una póliza con vigencia anual, el asegurado titular únicamente podrá modificar su póliza al momento de la renovación. Cuando el asegurado titular solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:

- (a) Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de carencia o de espera específico establecido en la Tabla de Coberturas y Condiciones Generales del nuevo producto.

- (b) Para el pago de siniestros relacionados con una enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que ocurran durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- (c) Para el pago de beneficios relacionados con la maternidad, complicaciones de maternidad y cobertura del recién nacido que ocurran durante los diez (10) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- (d) Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con sumas aseguradas de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- (e) Los beneficios con sumas aseguradas de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.
- (f) No obstante lo anterior, la Compañía podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el asegurado titular solicite cambio de producto, plan, beneficios, o suma asegurada.

33. FALLECIMIENTO DE ASEGURADO TITULAR O DEPENDIENTE

Si el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** fallecen, se le deberá notificar a la **Compañía** dentro de los treinta (30) días siguientes.

Al fallecimiento del **Asegurado Titular**, cualquier adulto **dependiente** podrá solicitar convertirse en **Asegurado Titular** por su propio derecho, e incluir a sus propios **dependientes**.

Si un **dependiente** fallece, su cobertura bajo esta **póliza** terminará, y si no se ha presentado una reclamación válida para dicho **dependiente** o dicho **dependiente** no haya recibido ningún beneficio bajo esta **póliza**, la **Compañía** reembolsará la parte de la prima correspondiente a dicho **dependiente** que el **Asegurado Titular** haya pagado para el período siguiente a la terminación de la cobertura.

34. RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA CON RESPECTO AL ASEGURADO

34.1. RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA

La responsabilidad de la **Compañía** bajo esta **póliza** es proporcionar al **asegurado** cobertura de seguro y en algunas ocasiones coordinar **tratamientos** en nombre del **asegurado** relacionados con sus **beneficios cubiertos**. La **Compañía** no proporciona los **tratamientos** médicos.

34.2. REPRESENTACIÓN

El **Asegurado Titular** designa a la Compañía para actuar como su representante, en su nombre y el de sus **dependientes**, para gestionar citas médicas o coordinar la prestación de ciertos **beneficios cubiertos** cuando el **Asegurado Titular** así lo solicite expresamente y por escrito. La Compañía desempeñará la función de representante con el mayor cuidado posible.

34.3. REPRESENTACIÓN POR NO DISPONIBILIDAD

El **Asegurado Titular** autoriza a la Compañía para actuar como su representante, en su nombre y el de sus **dependientes**, si por cualquier razón el **Asegurado Titular** no está en la disponibilidad de dar instrucciones a la Compañía con respecto a cualquier beneficio cubierto (por ejemplo, si estuviese incapacitado), para:

- tomar una decisión que la Compañía considere que está en el mejor interés del **asegurado** (de acuerdo con su cobertura bajo esta **póliza**);
- proporcionar al proveedor de servicios médicos cualquier información sobre el **asegurado** que la Compañía considere apropiada bajo las circunstancias, y/o
- recibir instrucciones de la persona que la Compañía considere la más apropiada (por ejemplo, un familiar, el médico tratante, o el empleador).

Mientras la Compañía actúe como representante del **Asegurado Titular**, la Compañía podrá desempeñar dicha función a través de cualquiera de sus compañías administradoras o afiliadas.

35. INDEMNIDAD

Bupa Ecuador S.A. opera a través de la modalidad abierta en el Ecuador; esto es aquella por la cual el **asegurado** elige el proveedor de los servicios médicos cubiertos. En consecuencia ni la Compañía ni ninguna de sus compañías administradoras o afiliadas serán responsables por pérdida, daño o **enfermedad** que pueda sufrir el **asegurado** en virtud de la prestación de los **beneficios cubiertos** por parte del proveedor de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios, salvo que dicha pérdida, daño o **enfermedad** que pueda sufrir el asegurado sean consecuencia directa de una acción u omisión por parte de la **Compañía** o de sus compañías administradoras o afiliadas con los proveedores o prestadores de dichos servicios. El **Asegurado Titular** podrá presentar una queja directamente ante el proveedor de dichos servicios médicos o la persona que haya prestado el servicio.

Los derechos legales del **Asegurado Titular** no se verán afectados, si éste decide presentar una solicitud de solución de conflictos, como se estipula en el numeral 30.

36. AVISO DE PRIVACIDAD

36.1. CONFIDENCIALIDAD

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

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

36.2. INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

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

36.3. POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Tanto el formulario de **Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual** como el formulario de solicitud de reembolso contienen información más detallada sobre cómo la **Compañía** procesa la información personal de los **asegurados**, y a través de dichos documentos la **Compañía** solicita la autorización del **Asegurado Titular** para procesar su información personal, así como la de sus **dependientes**. El **Asegurado Titular** puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la **Compañía** en www.bupasalud.com.

37. VACÍOS CONTRACTUALES

En lo no previsto en las presentes Condiciones Generales, Especiales y Particulares, esta **póliza** se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

38. VERIFICACIÓN DE TEXTO

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

Lugar	Fecha	Lugar	Fecha
Bupa Ecuador S.A. Firma autorizada		Contratante/Asegurado Titular Firma	

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente póliza el número de registro **60331**, con oficio No. **SCVS-IRCVSQ-DRS-2025-00204061-O** del **03 de diciembre del 2025**.

Prestaciones de Prevención Primaria Incluidas en Tarifa Cero

Las prestaciones que se cubrirán con tarifa cero se realizarán según ciclo de vida y de acuerdo a los servicios y prestaciones establecidos. Para los planes con cobertura para patologías Particulares, las atenciones con tarifa cero estarán en concordancia con la cobertura ofertada en dicho plan.

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA
RECIÉN NACIDO (0 A 28 DÍAS)	Atención al recién nacido	Consulta médica pediátrica para control del niño sano (no incluye exámenes complementarios o interconsultas a otros especialistas), con evaluación de desarrollo físico (valoración nutricional) y evaluación clínica del desarrollo neuromuscular y psicomotriz según edad; detección clínica de riesgos visuales, auditivos y neuro-sensoriales.	1 consulta e información
	Asesoría para cuidado del recién nacido (en consulta)	Información en la consulta médica pediátrica sobre: cuidado básico al neonato, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes; cuidados generales; estimulación; prevención y que tratamiento inicial se debe dar a las enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N.; Información para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo; Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación completa, y sobre cómo realizar estimulación psicomotriz; información sobre la suplementación de micronutrientes.	
	Atención de laboratorio En el recién nacido (previo al alta o hasta los 8 días de nacido)	Determinación al nacimiento de grupo y factor sanguíneo; información sobre la realización del tamizaje metabólico, tamizaje auditivo y sensorial.	
NIÑO DE 1 MES A 12 MESES	Atención al infante	Consulta para control de niño sano que incluye: evaluación del bienestar del lactante; estado nutricional, evaluación clínica de riesgo visual, auditivo y displasia de cadera; detección de posible maltrato; evaluación clínica de desarrollo psicomotor, detección clínica de anomalías congénitas o problemas adquiridos; evaluación clínica de la dentición y prevención de caries dentales; detección clínica de desnutrición. (No incluye exámenes complementarios, ni interconsultas a otros especialistas).	6 consultas en el primer año de vida, en cada consulta de debe dar información y asesoría.
	Información sobre crecimiento y Desarrollo (en consulta)	Información sobre posibles problemas en el desarrollo psicomotor y lenguaje; información sobre estimulación visual; información y asesoría sobre resultados de tamizaje metabólico, visual y auditivo; información y asesoría sobre suplemento de micronutrientes (hierro y vitaminas).	
	Asesoría: información, Educación y comunicación (en consulta)	Asesoría para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación; información referente a lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, inicio de alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Informar de la importancia de la higiene y salud oral; Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje; Informar y comunicar acerca de variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Asesoría para evitar riesgos de accidentes.	
NIÑO/AS DE 1 A 5 AÑOS	Atención al niño de 1 a 5 Años (ambulatorio)	Consulta para control de niño sano, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz; riesgos acordes a la edad; detección de deficiencias y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de patologías infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición.	Consultas: 2 veces al año hasta los 2 años de edad; posterior 1 vez por año; en cada consulta se debe otorgar asesoría e información
	Asesoría: información, educación y Comunicación (en consulta)	Asesoría en cada consulta para control de niño sano sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años; alimentación complementaria; importancia de la higiene y salud oral, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños; promoción de estimulación psicomotriz y de lenguaje; prevención del maltrato, accidentes; promoción de alimentación saludable; variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Uso de sustancias adictivas en padre o madre y repercusiones sobre los niños.	
	Información sobre Crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información en cada consulta para control de niño sano que incluya: indicaciones de suplementación de micronutrientes; recomendación de desparasitación 1 vez al año; evaluación clínica para valoración de agudeza visual y valoración auditiva; salud oral y prevención de la caries; recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis. (No incluye exámenes de gabinete).	

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA
NIÑO/AS DE 1 A 5 AÑOS	Atención al niño de 1 a 5 Años (ambulatorio)	Consulta para control de niño sano, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz; riesgos acordes a la edad; detección de deficiencias y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de patologías infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición.	Consultas: 2 veces al año hasta los 2 años de edad; posterior 1 vez por año; en cada consulta se debe otorgar asesoría e información
	Asesoría: información, educación y Comunicación (en consulta)	Asesoría en cada consulta para control de niño sano sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años; alimentación complementaria; importancia de la higiene y salud oral, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños; promoción de estimulación psicomotriz y de lenguaje; prevención del maltrato, accidentes; promoción de alimentación saludable; variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Uso de sustancias adictivas en padre o madre y repercusiones sobre los niños.	
	Información sobre Crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información en cada consulta para control de niño sano que incluya: indicaciones de suplementación de micronutrientes; recomendación de desparasitación 1 vez al año; evaluación clínica para valoración de agudeza visual y valoración auditiva; salud oral y prevención de la caries; recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis. (No incluye exámenes de gabinete).	
NIÑO/AS DE 5 A 10 AÑOS	Atención al niño de 5 a 10 Años	Consulta para evaluación del bienestar del niño, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas), del estado nutricional, neuro muscular, psicomotriz y emocional; detección clínica temprana de enfermedades como pie plano, anomalías congénitas; detección clínica de enfermedades infectocontagiosas y endémicas; detección clínica de desnutrición.	1 consulta médica por año; durante cada consulta se debe otorgar asesoría e información)
	Asesoría: Información, Educación y comunicación (en consulta)	Asesoría en consulta para evaluación del bienestar del niño sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a; importancia de la vacunación y una buena alimentación; higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar; estimulación psicomotriz, de aptitudes intelectuales, prevención de discapacidades; variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a; promover la salud oral y prevención de caries.	
	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información en consulta para evaluación del bienestar del de niño, sobre recomendación de desparasitación 1 vez al año; detección clínica precoz de problemas en las habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales, prevención de maltrato físico, psicológico, sexual; pertinencia de la valoración de agudeza y/o ceguera visual y valoración auditiva; importancia de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis; asesoría sobre suplemento de micronutrientes.	
ADOLESCENTES 11 A 19 AÑOS	Atención al adolescente de 10 a 19 años	Consulta para evaluación clínica del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad.	1 vez al año, durante la consulta se de otorgar información y asesoría
		Peso, talla, IMC, TA; detección clínica temprana de embarazo, infecciones de transmisión sexual y trastornos alimenticios, enfermedades infecto-contagiosas.	
		Evaluación de hábitos no saludables, deficiencias y/o discapacidades; (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otra especialidad)	
	Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Información para prevención de trastornos de la alimentación; detección de maltrato y o violencia; detección de uso de sustancias psico - estimulantes; importancia de la valoración de agudeza visual; información sobre higiene y salud oral; detección de problemas de aprendizaje, afectivos, emocionales; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados.	1 vez al año, durante la consulta se de otorgar información y asesoría
	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Asesoría en consulta para evaluación de bienestar, desarrollo y estado de salud, sobre: salud sexual y reproductiva; métodos anticonceptivos; promover la autoconfianza de los adolescentes, fortalecer el vínculo afectivo con la familia, entregar información y educación sobre hábitos saludables, higiene, salud oral; variaciones normales en el desarrollo del/la adolescente. Asesoría sobre inicio de vida sexual y derechos del adolescente, acoso sexual, acoso escolar (bullying)	

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA
EMBARAZO	Control prenatal en embarazo sin riesgo	Control Prenatal de 4 a 6 visitas, incluye: · Consulta gineco-obstétrica. - Valoración e interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno. -Clasificación de riesgo obstétrico. - Evaluación de bienestar fetal.	6 controles y al menos un control antes de las 20 semanas
	Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría en cada consulta para brindar información sobre la preparación del parto, necesidades nutricionales y suplementación alimenticia con hierro y ácido fólico, lactancia materna, cuidado del recién nacido, salud oral y salud mental; consejería sobre riesgos de VIH e ITS durante el embarazo y parto; prevención y detección de violencia, maltrato, abuso de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, promoción del parto seguro.	
	Atención odontológica preventiva en el embarazo	Consulta por odontología para control de salud oral en la mujer embarazada, que incluya evaluación clínica, consejería, higiene y profilaxis.	2 veces durante la gestación
	Detección de riesgos por exámenes de laboratorio clínico	Realización de exámenes de laboratorio: biometría hemática, hematocrito, elemental y microscópico de orina, tipificación de grupo y factor sanguíneo, TP, TTP, urea, glucosa y creatinina, VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con IgG e IgM, PapTest antes de las 20 semanas.	1 vez durante el embarazo
	Atención integral postparto	Consulta médica para evaluación del estado de salud puerperal y referencia a planificación familiar y anticoncepción. (no incluye exámenes de gabinete).	1 consulta entre la semana 1 a 6 post parto
MUJERES EN EDAD FÉRTIL –MEF	Control de mujeres en edad fértil	Consulta ginecológica para evaluación de estado de salud y detección de enfermedades de transmisión sexual. (no exámenes de gabinete, ni interconsulta con otro especialista).	1 vez al año, durante la consulta se debe otorgar información y asesoría
	Asesoría: Información, Educación Y Comunicación (en consulta)	Asesoría para brindar información sobre planificación familiar, embarazo, hábitos saludables, salud oral y salud mental. Consejería para prevención de VIH e ITS; prevención y detección de violencia, maltrato, consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, acoso laboral y acoso sexual.	
ADULTO JOVEN DE 20-49 AÑOS	Consulta médica general preventiva	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual, detección del consumo de sustancias adictivas (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)
	Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Información y consejería sobre enfermedades de transmisión sexual; asesoría para planificación familiar; consejería sobre salud oral; asesoría sobre tamizaje de enfermedades crónica e información sobre la valoración auditiva y visual.	
ADULTO/A DE 50 A 64 AÑOS	Consulta médica general Preventiva	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual.	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)
		Detección de riesgos de salud mental como: consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; intento de suicidio, entre otros (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	
	Asesoría: información, educación y Comunicación (en consulta)	Asesoría e información sobre condiciones de envejecimiento saludable; consejería para prevención de enfermedades de transmisión sexual; información sobre acciones preventivas para traumatismos, caídas y accidentes.	
ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS	Consulta médica General Preventiva	Consulta clínica para evaluación del estado de salud, que incluya examen físico, y anamnesis, identificación de factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo.	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)
		Detección de factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, valoración de dependencia funcional, valoración de salud oral, detección de riesgo nutricional, de patologías infectocontagiosas, violencia, maltrato; detección del riesgo de enfermedades de transmisión sexual; detección del riesgo de pérdida auditiva y visual.	
	Asesoría: Información, Educación y Comunicación (en consulta)	Asesoría, información y promoción de prácticas de nutrición, salud oral, salud sexual y salud mental; información sobre discapacidades y ayudas técnicas; promoción de condiciones de envejecimiento saludable.	

