

CONTRATO TIPO PLAN INDIVIDUAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA S.A.

Celebran este Contrato de prestación de servicios de atención integral de salud prepagada, por una parte, SALUDSA, debidamente representada por su representante legal o Apoderado Especial, y, por otra, el Contratante, por sus propios y personales derechos y por los que representa en favor de sus Beneficiarios, quienes libre y voluntariamente, convienen en celebrar el presente Contrato, al tenor de las cláusulas que se estipulan a continuación y de los Anexos que forman parte integrante de este Contrato. A SALUDSA y al Contratante en adelante se los denominará conjuntamente como "Partes", e individualmente, al referirse una a la otra, como "Parte".

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES.-

1. SALUDSA es una compañía constituida en la República del Ecuador, cuyo objeto social es el financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada, asumiendo los costos de los servicios de salud y Prestaciones Sanitarias contractualmente estipulados, con carácter resarcitorio, con sujeción a lo previsto en la Ley.
2. El Contratante conocedor de los servicios de Financiamiento ofrecidos por SALUDSA y de la naturaleza de los mismos, ha solicitado a SALUDSA su afiliación y, de ser el caso, la de los Beneficiarios, y, después de haber sido debido y suficientemente informado sobre el alcance y los límites del Plan y de este Contrato, así como de todas las prestaciones ofertadas, procede a la suscripción del mismo en forma libre y voluntaria, en los términos que constan a continuación y los Anexos de este Contrato.
3. El Contratante declara que ha tenido acceso a información adecuada veraz, clara, oportuna, completa y precisa acerca del alcance y los límites de todas y cada una de las prestaciones ofertadas, montos de cobertura, tarifario aplicable, modalidad a utilizarse, sus características, calidad, condiciones de contratación y demás aspectos relevantes de los mismos, sin términos ambiguos, ambivalentes o que puedan conducir a equívocos sobre lo que contrata.
4. El presente Contrato y sus Anexos han sido autorizados para su comercialización por las autoridades competentes.

CLÁUSULA SEGUNDA: INTERPRETACIÓN.-

1. A no ser que este Contrato indique explícitamente lo contrario, los términos en mayúscula utilizados en este Contrato están definidos en el Anexo No. 4 Definiciones.
2. Los títulos y números de los párrafos son únicamente para referencia y deberán ignorarse en la interpretación de este Contrato.
3. A no ser que este Contrato indique explícitamente lo contrario, el singular incluye al plural y vice versa.
4. Este Contrato deberá ser interpretado de acuerdo a la intención de las Partes, los términos y condiciones acordadas bajo el presente Contrato y sus Anexos, y las disposiciones de las leyes aplicables.
5. Cualquier referencia en el presente Contrato a Cláusulas, Antecedentes y Anexos son referencias a Antecedentes y Anexos de este Contrato, a menos que su contexto lo requiera de otra manera.
6. En caso de cualquier discrepancia entre el cuerpo de este Contrato y cualquier Anexo, las disposiciones discrepantes serán interpretadas como complementarias entre sí en lugar de discrepantes, cuando esto sea posible, sin embargo, si la interpretación complementaria no es posible, los términos y disposiciones contenidas en sus Anexos, prevalecerán sobre el presente Contrato.

CLÁUSULA TERCERA: OBJETO.-

1. El Contratante contrata con SALUDSA el Financiamiento de la prestación de servicios de atención integral de salud prepagada, y SALUDSA se obliga a prestar tal Financiamiento al Contratante, y, de ser el caso, a los Beneficiarios, a cambio del pago previo del precio por parte del Contratante, de conformidad con lo previsto en este Contrato y sus Anexos.
2. El detalle y el alcance de la Prestación Médica financiada se describe a continuación, esto no significa que se financiarán todas las prestaciones médicas ahí detalladas. Las prestaciones médicas serán aquellas detalladas en el Anexo No. 2 – Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Sanitarias.

ATENCIONES HOSPITALARIAS

- **Terapia Intensiva:** Diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas médicos que necesitan cuidados intensivos.
- **Atención hospitalaria:** Atenciones en sala de quirófano, sala de recuperación, uso de equipos quirúrgicos, servicios de atención indirecta por personal de salud y otros auxiliares de servicios, necesarios para la recuperación de la salud del usuario.
- **Ambulancia por traslado Interhospitalario:** Transferencia por evento, incluye coordinación de llamadas y transporte en vehículo medicalizado con atención de personal de salud, exclusivamente, en el territorio nacional, siempre que dicho servicio cuente con las habilitaciones legales correspondientes, de acuerdo a la disponibilidad de prestadores del lugar en donde se hubiere solicitado y del Producto contratado.
- **Cuarto y alimento:** Incluye el uso, servicio de la habitación en hospitalización, así como la dieta prescrita por el médico de acuerdo a patología.
- **Servicios Hospitalarios:** Incluye el uso de quirófano, sala de recuperación, equipos quirúrgicos, servicios de atención directa por personal de salud y otros auxiliares de servicios.
- **Visita médica:** Las visitas que realiza el médico tratante durante la hospitalización.

- **Cuidados enfermería:** Atención y cuidado directo que brinda el equipo de enfermeras y de auxiliares de enfermería.
- **Interconsultas médicas:** Revisión, consulta, diagnóstico y tratamiento de otros especialistas a solicitud del médico tratante.
- **Laboratorio clínico y anatomopatológico:** Incluye realización de exámenes para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución del cuadro clínico de ingreso y la condición de egreso.
- **Imagen:** Incluye exámenes de imagen para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución del cuadro clínico de ingreso y la condición de egreso.
- **Medicamentos intrahospitalarios:** Incluye la aplicación de Medicamentos que requieren de infraestructura y/o supervisión continua dentro de un hospital.
- **Insumos y dispositivos médicos:** Elementos usados durante una cirugía, en curaciones, procedimientos menores o en procedimientos realizados en una hospitalización.
- **Honorarios Médicos:** Son los valores monetarios que se cubren por las técnicas e intervenciones realizadas por los médicos debidamente calificados durante la hospitalización, calculados en base al Tarifario por Procedimientos.
- **Rehabilitación intrahospitalaria:** Cobertura para la atención de rehabilitación intrahospitalaria necesarias para la recuperación previa al alta.
- **Apoyo psicológico durante la estancia intrahospitalaria:** Consulta psicológica como parte del tratamiento durante la hospitalización y de acuerdo al diagnóstico de ingreso, siempre que sea solicitada por el médico tratante.
- **Prótesis, implante endovascular e implantes no Dentales:** Incluye la cobertura de stents, prótesis endovasculares, prótesis biológicas o mecánicas y material de osteosíntesis. No incluye prótesis de titanio ni aparatos ortopédicos.
- **Atención hospitalaria de Enfermedades Crónicas, Catastróficas, Congénitas, Genéticas y Hereditarias (aplica monto y período de Carencia en caso de preexistencia):** Atención hospitalaria en medicina general o especializada para Usuarios con estas patologías.
- **Cuidados paliativos:** Incluye: visitas médicas, cuidados de enfermería, Medicamentos, terapia respiratoria y terapia del dolor.

ATENCION HOSPITAL DEL DIA

- **Servicios Hospitalarios:** Atenciones en sala de quirófano, sala de recuperación, uso de equipos quirúrgicos, servicios de atención directa por personal de salud y otros auxiliares de servicios, necesarios para la recuperación de la salud del usuario hasta por 24 horas.
- **Cuidados enfermería:** Atención y cuidado directo que brinda el equipo de enfermeras y de auxiliares de enfermería.
- **Interconsultas médicas:** Revisión, consulta, diagnóstico y tratamiento de otros especialistas a solicitud del médico tratante.
- **Laboratorio clínico y anatomopatológico:** Incluye realización de exámenes para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución del cuadro clínico de ingreso y la condición de egreso.
- **Imagen:** Incluye exámenes de imagen para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución del cuadro clínico de ingreso y la condición de egreso.
- **Medicamentos:** Incluye la aplicación de Medicamentos que requieren de infraestructura particular y/o supervisión continua menor a 24 horas.
- **Insumos y dispositivos médicos:** Elementos usados durante una cirugía, en curaciones o en procedimientos realizados en una hospitalización.
- **Honorarios Médicos:** Son los valores monetarios que se cubren por las técnicas e intervenciones realizadas por los médicos debidamente calificados durante la hospitalización, calculados en base al Tarifario por Procedimientos.

EMERGENCIA Y URGENCIA MÉDICAS

- **Emergencia y Urgencia Médica:** La Emergencia y Urgencia Médica se financiará de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula Décima Segunda Atención de Emergencia y Urgencia Médica.
- **Atención prehospitalaria:** Incluye transporte medicalizado en el territorio nacional desde el sitio donde se produce la emergencia hasta el establecimiento de salud designado más cercano a la ocurrencia del evento.

ATENCIONES AMBULATORIAS

- **Cobertura de Medicamentos prescritos en Atención Ambulatoria:** Medicamentos orales o parenterales que tengan cobertura en el presente Contrato que para su administración no requieren de infraestructura y/o supervisión continua dentro de un hospital, prescritos para el tratamiento de una enfermedad diagnosticada y financiada adquiridos de manera ambulatoria en prestadores habilitados.
- **Consultas de homeopatía, acupuntura o quiropraxia:** Consultas por año, por persona, y que sean brindadas por profesionales habilitados para el efecto.
- **Rehabilitación física, respiratoria o de lenguaje:** Sesión de terapias para la rehabilitación de disfuncionalidades. Terapias por año, por persona.
- **Tratamiento de sustitución de la función renal:** Atención Ambulatoria en prestadores habilitados a pacientes con insuficiencia renal crónica terminal mediante diálisis peritoneal o hemodiálisis (aplica monto y período de Carencia en caso de preexistencia).
- **Ambulancia Terrestre Nacional:** Traslado por evento, incluye coordinación de llamadas y transporte primario en vehículo medicalizado con atención de personal de salud, siempre que dicho servicio cuente con las habilitaciones legales correspondientes, de acuerdo a la disponibilidad de prestadores del lugar en donde se hubiere solicitado y del Producto contratado.

- **Ambulancia aérea y fluvial nacional:** Traslado por evento, incluye coordinación de llamadas y transporte primario en vehículo medicalizado con atención de personal de salud, siempre que dicho servicio cuente con las habilitaciones legales correspondientes, de acuerdo a la disponibilidad del servicio y del Producto contratado.
- **Enfermedades Psiquiátricas de Base Orgánica y psicológicas:** Consultas médicas psiquiátricas y psicológicas. No incluye tratamiento farmacológico.
- **Asesoría nutricional:** Consultas realizadas por nutricionista o nutriólogo únicamente en la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados para valoración e interpretación del estado nutricional.
- **Cuidados paliativos:** Incluye: visitas médicas, cuidados de enfermería, Medicamentos, terapia respiratoria y terapia del dolor.
- **Consultas médicas generales a domicilio:** Visitas de atención en domicilio realizada por médico general, únicamente con prestadores de la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados.
- **Consultas médicas realizadas por especialistas a Domicilio:** Visitas de atención en domicilio realizadas por médico especialista, únicamente con prestadores de la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados.
- **Estudios anatomopatológicos o Genéticos y para Enfermedades Congénitas para confirmar un diagnóstico:** Exámenes de laboratorio inherentes para confirmar el diagnóstico de una enfermedad específica, realizados a nivel nacional.
- **Atención Ambulatoria de Enfermedades Crónicas, Catastróficas, Congénitas, Genéticas y Hereditarias (aplica monto y período de Carencia en caso de preexistencia):** Atención Ambulatoria en medicina general o especializada para usuarios con estas patologías.

PREEXISTENCIAS DECLARADAS

- **Cobertura Preexistencias anual a partir del mes 25 (monto vigente de 20 salarios básicos unificados) contados a partir de la suscripción del Usuario en el Contrato:** Enfermedades presentadas previa a la contratación del Plan, de acuerdo a lo dispuesto en la Cláusula Décima Cuarta Preexistencias.
- **Cobertura Preexistencias anual a partir del mes 13 contados a partir de la suscripción del Usuario en el contrato:** Enfermedades presentadas previa a la contratación del Plan, de acuerdo a lo dispuesto en la Cláusula Décima Cuarta Preexistencias.

MATERNIDAD

Cobertura de atenciones de maternidad

- **Atención prenatal, natal o post natal:** Consultas de control, que incluyen diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes durante el embarazo y post parto realizado por médico general o especialista. Evaluación del estado nutricional. Vitaminas y vacunas para la madre. Recomendaciones y asesoría de cuidados prenatales y post natales. Incluye servicios de Atención Ambulatoria y Hospitalaria.
- **Atención Hospitalaria de servicios de neonatología de acuerdo al Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones para el neonato (cuando se haya realizado inclusión intraútero):** Incluye atenciones para el neonato en el servicio de hospitalización, laboratorio, imagen, cuidados de enfermería, insumos, Medicamentos, Honorarios Médicos, termocuna en servicio de neonatología, Honorarios Médicos por recepción y cuidados del recién nacido.
- **Consultas Odontológicas en la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados:** Consultas odontológicas para detección y prevención de problemas bucales, atención en prestadores de la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados.
- **Parto, cesárea, embarazo ectópico y aborto no provocado:** Atención de un cirujano ginecólogo, un ayudante quirúrgico, un pediatra y un anestesiólogo en el caso de cesárea o un especialista ginecólogo y pediatra para la atención del parto normal. (La atención del parto o cesárea, embarazo ectópico, hospitalizaciones, patologías relacionadas al embarazo, se encuentran incluidos en el Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones de maternidad)
- **Consultas control de niño sano:** Consultas preventivas para el niño hasta los dos años.
- **Vacunas recién nacido hasta los dos primeros años (aplica Deducible y Copago):** Acorde al esquema de vacunación para el niño según Autoridad Sanitaria Nacional.
- **Emergencias Obstétricas:** Atención de las emergencias obstétricas están incluidos en el Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones de maternidad.
- **Complicaciones maternas durante el embarazo, después del parto y alumbramiento:** Atenciones Hospitalarias acorde a la complicación, en caso necesario incluye uso de servicio de cuidados intensivos.
- **Complicaciones del recién nacido a término, pretérmino o postérmino, atención perinatal:** Servicios ambulatorios y hospitalarios para la atención del recién nacido que presente complicaciones. En caso de no realizar inclusión intraútero, aplica hasta 28 días contados a partir del nacimiento.
- **Cheques prenatales para embarazo desarrollado durante el periodo de Carencia:** Atenciones prenatales ambulatorias que incluyen consultas médicas ginecológicas, vitaminas, vacunas, laboratorio clínico e imagen hasta el Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones, de acuerdo al Anexo No. 2 – Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.

TRASPLANTES

- **Cobertura de trasplante no experimental, pretrasplante, postrasplante para Usuario:** La cobertura de atención de trasplante para el Usuario receptor incluye consultas médicas de especialidad, laboratorio, imagen, Medicamentos, procedimientos, cuarto y alimento, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas, cuidados intensivos, insumos

médicos, Honorarios Médicos, rehabilitación física y complicaciones médicas resultantes. El Financiamiento para receptores, se realizará en el territorio nacional y dentro del límite de la prestación establecida en el Anexo No. 2 – Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.

- **Cobertura de Trasplante no experimental de donante vivo, pretrasplante, postrasplante para donante:** Cobertura de atención de trasplante para paciente donante vivo que incluye consultas médicas, laboratorio, imagen, Medicamentos, procedimientos, cuarto y alimento, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas, cuidados intensivos, insumos médicos, Honorarios Médicos, rehabilitación física a excepción de complicaciones médicas resultantes. El Financiamiento para donantes vivos, se realizará en el territorio nacional y dentro del límite de la prestación establecida en el Anexo No.2 – Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.

CUIDADOS PALIATIVOS

- **Cuidados paliativos domiciliarios:** Incluye: visitas médicas, cuidados de enfermería, Medicamentos, terapia respiratoria y terapia del dolor.

OTRAS COBERTURAS

- **Cirugía reconstructiva oncológica:** Incluye cuarto y alimento, visita médica, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio, imagen, unidad de cuidados intensivos, Medicamentos, insumos médicos, Honorarios Médicos y prótesis no dental.
- **Prevención Primaria (Tarifa cero):** Prestaciones que se encuentran contenidas de manera general en la consulta médica y como parte de aquellas.
- **Cobertura de discapacidad:** Amparados en una acreditación del 40% o más de su condición según la ley y normativa vigente.

PRESTACIONES ODONTOLÓGICA

- Examen clínico y diagnóstico
- Consultas odontología general
- Consultas odontología especialidad
- Rayos-X (Periapicales)
- Fase higiénica (Profilaxis)
- Resina simple (1 superficie)
- Resina compuesta (2 superficies)
- Resina compleja (3 o más superficies)
- Extracciones simples

Las Prestaciones Médicas se financiarán siempre que las mismas sean pertinentes de acuerdo al diagnóstico y tratamiento, que estén basadas en evidencia médico-científica suficiente auditadas, y que cumplan con las condiciones y el respaldo documental detallado en la Cláusula Décima Séptima Reembolso.

Los límites del Financiamiento, porcentajes de Copago, Deducible, número de Prestaciones Sanitarias, Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones por cada servicio y Prestación Sanitaria se detallarán en el Anexo No 2- Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas, que se aplicará de acuerdo a cada Producto contratado y el Anexo No 3 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas Internacional, en el caso que aplique.


CLÁUSULA CUARTA: PLAZO DEL CONTRATO.-

El plazo del presente Contrato es de un año calendario contado desde la fecha de suscripción. El Contrato se renovará automáticamente por periodos anuales, sin que medie un documento por escrito entre las Partes, salvo que el Contratante manifieste su intención de no renovarlo con quince (15) días calendario de anticipación a la finalización del plazo inicial o de su respectiva renovación.

En caso de que el Contratante se encuentre en mora de sus obligaciones de pago por una o más cuotas, no se procederá con la renovación automática del presente Contrato, a menos que SALUDSA resuelva lo contrario.

CLÁUSULA QUINTA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO.-

1. Terminación anticipada por parte del Contratante o Titular: El Contratante o Titular podrá dar por terminado anticipadamente el Contrato por las siguientes causales:
 - a) Por el incumplimiento de las obligaciones de SALUDSA, que se especifican en la Cláusula Vigésima Quinta Obligaciones de SALUDSA
 - b) Conforme lo previsto en el artículo 44 de la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor, el Contratante podrá dar por terminado anticipadamente el presente Contrato en cualquier tiempo previa notificación por escrito a SALUDSA con por lo menos treinta (30) días calendario de anticipación. En todo caso, el Contratante acepta que de recibir SALUDSA la notificación antes del día 20 de cada mes, el Contrato permanecerá vigente hasta el siguiente periodo mensual de cobertura, pero si notifica en o después del día 20 de cada mes el Contrato permanecerá vigente por el periodo mensual de cobertura y el siguiente, debiendo el Contratante pagar las prestaciones económicas hasta el día de terminación del Contrato.
 - c) Si SALUDSA se liquida o se declara en quiebra.
2. SALUDSA podrá dar por terminado anticipadamente el Contrato por el incumplimiento de las obligaciones del Contratante y de los Beneficiarios en los casos que aplique, que se especifican a continuación:

- 
- a) Por resolución de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros en la que se determine la actuación de mala fe del Contratante y/o de los Beneficiarios, previa presentación del correspondiente reclamo administrativo por parte de SALUDSA.
 - b) Por incumplimiento del Contratante en el pago de las cuotas del precio, por tres (3) meses consecutivos, para lo cual SALUDSA notificará por escrito al Contratante por cualquier medio. Durante el periodo de mora, SALUDSA previa notificación al Contratante, podrá suspender el Financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, excepto para la que corresponda a Emergencia Médica, hasta cuando se produzca el pago de las cuotas adeudadas.
3. El fallecimiento del Contratante o Titular, no producirá la terminación anticipada del Contrato, y conforme a lo previsto en el artículo 31 de la Ley Orgánica, SALUDSA mantendrá todas y cada una de las coberturas del Producto contratado bajo los términos del mismo, en favor de los Beneficiarios, por el plazo de un año calendario, contado a partir de la fecha del deceso del Contratante, sin que aquellos estén en la obligación de pagar el precio a SALUDSA durante dicho plazo, debiendo cumplir los Beneficiarios todos los términos de este Contrato.
 4. Por cumplimiento del plazo contractual.

CLÁUSULA SEXTA: RESTABLECIMIENTO DE VIGENCIA DEL CONTRATO.-

En el caso que el Contratante haya terminado este Contrato de manera unilateral podrá, por una sola ocasión, solicitar a SALUDSA, el restablecimiento de su vigencia, dentro de los tres (3) meses posteriores a la terminación del Contrato, con las mismas condiciones de éste. Para que opere este restablecimiento el Contratante deberá haber estado afiliado al menos dos (2) años consecutivos y cumplirá dentro del plazo de tres (3) meses indicado, con la totalidad de las contraprestaciones económicas correspondientes, de tal manera que esté al día en el pago del precio, antes del restablecimiento de las coberturas.

CLÁUSULA SÉPTIMA PRECIO.-

1. Las Partes fijan de común acuerdo como precio por los servicios contratados la suma indicada en Formulario de Suscripción que forma parte del Contrato.
2. El Contratante se obliga con SALUDSA a pagar de manera anticipada el valor de los servicios de Financiamiento previstos en este Contrato, conforme la tarifa aplicable al Producto contratado.
3. SALUDSA tendrá derecho a incrementar el precio transcurrido un año de la vigencia del Contrato inicial o de sus posteriores renovaciones.
4. La revisión se sujetará a lo que establezca la correspondiente nota técnica aprobada por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.
5. El Contratante reconoce que el valor pagado satisface la oferta de Financiamiento de servicios de salud, sin que por el hecho de no utilizar el Financiamiento para las Prestaciones Sanitarias por el Contratante o cualquiera de los otros Beneficiarios, tenga derecho el Contratante o cualquiera de ellos a reclamación y/o devolución y/o reducción alguna respecto de las cuotas pagadas o por pagar, según corresponda.

CLÁUSULA OCTAVA: NIVEL DE REFERENCIA DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.-

1. SALUDSA ha otorgado, según varios criterios, niveles de referencia a los diferentes prestadores de servicios de salud que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados.
2. El Contratante y los Beneficiarios podrán acceder a servicios de salud brindados por los prestadores clasificados en el nivel de referencia correspondiente al Producto contratado, así como a prestadores de servicios de salud pertenecientes a otros niveles, en cuyo caso el Financiamiento se sujetará a los porcentajes de Financiamiento, especificados en el Anexo No. 2 - Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.
3. SALUDSA en su canal web pondrá a disposición del Contratante y de los Beneficiarios, la información correspondiente al Tarifario de Procedimientos y detalle de la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados por nivel al que se aplicarán los porcentajes descritos en este Contrato y sus Anexos. Los Usuarios podrán elegir el prestador que brindará los servicios, y es su responsabilidad previa a la elección y uso del prestador elegido, revisar dicha información para conocimiento de los costos de los procedimientos y optimizar el Financiamiento contratado.
4. SALUDSA se reserva el derecho de modificar la clasificación de niveles y/o de dar de baja a cualquier prestador médico o entidad que pertenece a la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados si así lo estima conveniente en cualquier tiempo. El Contratante y los Beneficiarios reconocen que la responsabilidad profesional por la prestación de estos servicios médicos es de cada prestador, por lo que deslinda a SALUDSA de cualquier responsabilidad al respecto.
5. En caso de que el procedimiento médico se realice en un establecimiento o con un profesional de la salud no afiliado, será obligación del Usuario verificar el tarifario para esa Prestación Médica, de acuerdo al Tarifario por Procedimiento aplicable y al Financiamiento de la prestación contratada según el Producto contratado.

CLÁUSULA NOVENA: CONDICIONES GENERALES PARA RECIBIR EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS.-

Para recibir el Financiamiento de las Prestaciones Sanitarias descritas en la Cláusula Tercera Objeto del Contrato y sus Anexos, en especial, el Anexo No 2 - Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas y Anexo No. 5 - Exclusiones, (i) el Contratante deberá estar al día en el pago de sus contraprestaciones y en el cumplimiento de sus obligaciones, (ii) el Contrato debe estar vigente, (iii) deberán haberse superado los períodos de Carencia establecidos para cada una de las patologías o condiciones de salud y procedimientos, (iv) deberá presentar la documentación requerida por SALUDSA, incluida la detallada en la Cláusula Décima Séptima

Reembolso para la restitución de valores, y el proceso establecido en los Mecanismos de Financiamiento de Servicios de Salud Integral Prepagada.

En caso de que cualquiera de las disposiciones o condiciones estipuladas en el presente Contrato y sus Anexos no se cumplieren, SALUDSA no estará en la obligación de financiar las Prestaciones Sanitarias descritas.

CLÁUSULA DÉCIMA: CONDICIONES ESPECÍFICAS PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS.-

Las Prestaciones Sanitarias contempladas en el Producto contratado se sujetarán a las siguientes disposiciones, además de las previstas en las demás cláusulas de este Contrato y sus Anexos:

1. Las Enfermedades Congénitas, Genéticas y Hereditarias y los estudios para su diagnóstico o evaluación, recibirán el Financiamiento del Producto contratado, sin embargo, en caso de que hayan sido conocidas y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del Contrato, se considerarán preexistencias y se someterán a las disposiciones aplicables para las mismas.
2. El Financiamiento de Medicamentos aplicará siempre que los mismos hayan sido prescritos por un profesional de la salud autorizado para realizarlo, cuenten con el debido Registro Sanitario Ecuatoriano y consten en el vademécum farmacéutico nacional aprobado por la autoridad competente, acorde a las guías de tratamiento.
3. El Financiamiento de las prestaciones ambulatorias de consultas psiquiátricas y psicológicas, asesoría nutricional, tratamientos dentales, colocación de prótesis e implantes no dentales, se brindarán exclusivamente por parte de prestadores que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados Específicos, para este fin, la información de dichos prestadores estará disponible en la página web oficial de SALUDSA.
4. La hospitalización clínica o quirúrgica programada, deberá ser notificada por el Usuario con al menos setenta y dos (72) horas de anticipación a SALUDSA. El Financiamiento se brindará previa aprobación de SALUDSA. En caso de que se incumpla este procedimiento, SALUDSA no financiará la prestación de los servicios indicados, y queda en total libertad de determinar la pertinencia o no de realizar la restitución de valores desembolsados por el Usuario.
5. Para el cálculo de los Honorarios Médicos se aplicarán las siguientes condiciones:
 - a) En procedimientos quirúrgicos, el honorario del médico cirujano principal será el establecido en el Tarifario por Procedimiento de la prestación contemplada en el Producto contratado. Los honorarios del médico ayudante del cirujano principal, se calcularán hasta el 30% del Tarifario del nivel de la prestación contemplada en el Producto contratado y los del médico anestesiólogo hasta el 35% del valor establecido para el cirujano principal.
 - b) En caso de que se realice más de un procedimiento, el segundo procedimiento, se calculará hasta el 50% del valor establecido en el Tarifario por Procedimiento de la prestación contemplada en el Producto contratado. En caso de existir un tercer o más procedimientos se calculará hasta el 25% del valor establecido en el Tarifario por Procedimiento para cada una de las prestaciones indicadas. El valor restante se considerará Valor Excedente. Al cálculo total se aplicará el porcentaje de Financiamiento específico de la prestación contemplada en el Producto contratado, para el tipo de atención.
 - c) En las hospitalizaciones clínicas se financiará una visita del médico tratante por día, dependiendo de la condición de salud del paciente y la complejidad de la atención, así como, una visita diaria por interconsulta con otros médicos especialistas, de conformidad con el Tarifario por Procedimiento de la prestación respectiva.
 - d) No se financiarán, bajo el concepto de Honorarios Médicos, servicios de atención indirecta y otros auxiliares de servicios necesarios para la recuperación de la salud del Usuario.
6. Para aquellos casos en los que el Usuario haya recibido una Prestación Médica en el exterior, haya hecho el desembolso de la misma en ese lugar y cuente con Financiamiento establecido en los Prestadores de Servicios de Salud Privados No Afiliados, SALUDSA reembolsará los gastos médicos incurridos como si estos se hubiesen realizado en el medio ecuatoriano con la tecnología disponible y aprobada en el territorio nacional, aplicando el Tarifario por Procedimiento del Nivel del Producto contratado. Para que aplique este beneficio el Usuario deberá cumplir con los requisitos para el reembolso descritos en la Cláusula Décima Séptima Reembolso de este Contrato. En el caso que el Producto contratado incluya específicamente financiamiento internacional, éste se otorgará conforme se especifica en el Anexo No. 3 – Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas Internacional.

En caso de que cualquiera de las disposiciones o condiciones estipuladas en el presente Contrato y sus Anexos no se cumplieren, SALUDSA no estará en la obligación de financiar las prestaciones sanitarias descritas.

CLÁUSULA UNDÉCIMA: CONDICIONES CONTRACTUALES OBLIGATORIAS:

1. Enfermedades Crónicas y Catastróficas sobrevinientes a la contratación: Las Enfermedades Crónicas y Catastróficas sobrevinientes a la celebración del presente Contrato, que no fueren condiciones preexistentes no declaradas, recibirán Financiamiento de conformidad al Producto contratado, su apareamiento posterior no ocasionará incrementos adicionales al precio durante la vigencia del Contrato, ni tampoco se negará la renovación del Contrato por este hecho.
2. Tarifa cero: Los Usuarios recibirán, con cargo al precio, prestaciones de Prevención Primaria, que se desarrollan durante la atención en la consulta médica demandada por el Usuario, de acuerdo al ciclo de vida específico de cada Usuario, conforme lo determinado y regulado por la Autoridad Sanitaria Nacional. Estas prestaciones se realizarán de acorde a la tabla específica que SALUDSA pondrá a disposición de los Usuarios en sus canales web.
3. El Financiamiento de la atención de Emergencia Médica se realizará conforme lo estipulado en la Cláusula Décima Segunda Atención de Emergencia y Urgencia Médica de este Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y URGENCIA MÉDICA.-

El Usuario recibirá financiamiento para la atención de Emergencia y Urgencia Médica, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones:

1. El Financiamiento de atenciones por Emergencias Médicas incluye las Prestaciones Sanitarias hasta el momento de la estabilización del paciente, la realización de procedimientos clínicos o quirúrgicos, la instauración terapéutica y la admisión a la unidad de cuidados intensivos hasta la superación del evento emergente. El Financiamiento estará en función del Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones y en el Anexo No. 2 - Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas, pudiendo habilitarse hasta el Monto Máximo Establecido para el Producto, siempre que el evento emergente no derive de condiciones preexistentes, que dichas prestaciones no se encuentren excluidas conforme el Anexo No. 5 - Exclusiones de este Contrato y que el Usuario no se encuentre en mora en el pago de sus contraprestaciones económicas, en este último caso se sujetará a lo dispuesto en el inciso siguiente. Luego de superado el evento emergente, el financiamiento se aplicará conforme al Producto Contratado.
2. En caso de que el Contratante se encuentre en mora en sus contraprestaciones económicas recibirá el Financiamiento hasta el monto establecido en el Anexo No. 2 - Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas y dentro del alcance estipulado en el inciso anterior. Luego de que el Contratante cumpla con las contraprestaciones económicas pendientes, SALUDSA aplicará el Financiamiento descrito en el presente documento hasta el Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones.
3. SALUDSA otorgará el Financiamiento al momento del requerimiento efectuado por el prestador del servicio de salud, conforme lo descrito en el Anexo No. 2 - Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas, luego de que SALUDSA aplique la auditoría documental y de pertinencia médica, podrá aumentar el monto de Financiamiento para cubrir los costos que se hayan causado y en efecto se justifique para la superación del evento emergente.
4. El Financiamiento de las Urgencias Médicas se realizará vía reembolso y se sujetará a lo establecido en la Cláusula Décima Séptima Reembolso, de conformidad al Producto y Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones.
5. El Financiamiento para la atención de toda Emergencia Médica, hasta el Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones, según lo establecido en el Anexo No. 2 - Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas, al momento del requerimiento efectuado por el prestador del servicio de salud. En este caso la atención deberá prestarse obligatoriamente en cualquier establecimiento de salud. Si el Usuario no está en condiciones de ser trasladado a un establecimiento de salud, podrá solicitar en el lugar donde se encuentre, la presencia de un servicio de atención de Emergencias Médicas ambulatorias.
6. Para el Financiamiento de la atención de Emergencia Médica en caso de accidentes de tránsito se aplicará la prelación de pagos establecida en la normativa nacional.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: CONDICIONES NECESARIAS PARA EL FINANCIAMIENTO DE LA MATERNIDAD.-

1. El Financiamiento para embarazo aplicará sólo en casos en que se haya contratado esta prestación de conformidad a lo establecido en este Contrato, sus Anexos y se haya superado el periodo de Carencia.
2. El embarazo que se produzca durante el período de Carencia establecido en la Cláusula Vigésima Carencias, recibirá cobertura de control prenatal que incluirá, únicamente, consultas médicas ginecológicas, vitaminas y vacunas, laboratorio clínico e imagen, con sujeción a las condiciones previstas en el Contrato y sus Anexos.
3. Para el Financiamiento de las Prestaciones de Salud del recién nacido, el Usuario deberá realizar la inclusión intrauterina, para lo cual deberá pagar la cuota correspondiente a la afiliación del nonato, la misma que está sujeta a las condiciones para la inclusión de Usuarios establecida en Cláusula Vigésima Tercera Inclusión de Beneficiarios. Esta inclusión se deberá realizar desde la semana doce (12) y hasta la semana veinte y ocho (28) de embarazo. En caso de que el Usuario no realice la inclusión intrauterina en el plazo anteriormente indicado, los niños y niñas podrán ser incluidos, posterior a su nacimiento, bajo las condiciones generales para nuevos Beneficiarios.
4. En caso que no se haya realizado la inclusión intrauterina, el Financiamiento de eventos perinatales para el recién nacido será hasta los veinte y ocho (28) días calendario de vida del neonato, siempre y cuando el embarazo haya sido notificado a SALUDSA hasta la semana doce (12).

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PREEXISTENCIAS.-

1. Se considerará Enfermedad Preexistente cualquier enfermedad, patología o condición de salud, y a las patologías secundarias resultantes de aquellas, que hayan sido conocidas por el Usuario, y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del presente Contrato o a la incorporación del Beneficiario al Contrato.
2. Las enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes debidamente declaradas recibirán el Financiamiento por un monto anual de hasta veinte (20) salarios básicos unificados del trabajador en general, establecido en la Ley Orgánica, siempre y cuando haya sido declarada debida y oportunamente en el Anexo No. 6 – Formularios (Declaración de Preexistencias), y luego de transcurrido el período de Carencia de veinte y cuatro (24) meses contados desde la suscripción de este Contrato o incorporación del Beneficiario. Sin embargo, podrán recibir Financiamiento dentro del período de Carencia descrito, de conformidad con los límites establecidos en el Anexo No. 2 – Financiamiento / Coberturas de Prestaciones Médicas.
3. El monto anual indicado se aplicará para todas las enfermedades consideradas como preexistentes declaradas por el Contratante y/o Beneficiarios, es decir, no corresponde a un monto anual para cada una de ellas.
4. El Contratante, al momento de la celebración de este instrumento, se obliga a declarar expresamente las enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes, suyas y de todos los Beneficiarios, conforme al formulario Anexo No. 6 – Formularios (Declaración de Preexistencias) del presente Contrato. En el caso de que el Contratante y/o los Beneficiarios no declararen las enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes no tendrá el Financiamiento previsto en esta Cláusula.
5. SALUDSA tendrá derecho de presentar reclamo administrativo, para alegar preexistencia no declarada al momento de la

suscripción del Contrato o inclusión de Beneficiario cuando considere que el Contratante, o los Beneficiarios conocían de la preexistencia, en especial, cuando el Usuario presente manifestaciones clínicas y alteraciones físicas, que, por sus signos y síntomas característicos y evidentes, no pudieron pasar desapercibidos.

6. El incumplimiento a cualquiera de las obligaciones descritas en esta Cláusula por parte del Usuario será considerado como indicio de mala fe contractual, se sujetará a lo establecido en la Cláusula Vigésima Sexta Actuación de Mala Fe y, facultará a SALUDSA para iniciar el trámite para la terminación del Contrato conforme lo previsto en la Ley Orgánica y este Contrato, lo cual impedirá al(a los) Usuario(s) responsables, suscribir nuevos contratos con SALUDSA o recibir Financiamiento, a menos que SALUDSA expresamente acepte lo contrario.
7. El Contratante será responsable solidario del cumplimiento de la obligación de declaración de preexistencias por parte de cualquiera de los Beneficiarios, por lo que las consecuencias de la mala fe le afectarán al Contratante y al presente Contrato.
8. El Beneficiario con enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes, recibirá los demás beneficios del Producto contratado que no tengan vinculación con las preexistencias, desde el momento de la contratación del Producto o inclusión como Beneficiario, para tal efecto deberán cumplirse las condiciones contractuales establecidos en este Contrato y sus Anexos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: PERSONAS CON DISCAPACIDAD.-

Las Personas con Discapacidad recibirán el Financiamiento establecido en el Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades. Para lo cual el Beneficiario deberá obligatoriamente presentar a SALUDSA el carnet vigente con una acreditación del 40% o más de su condición, otorgado por el Consejo Nacional de Discapacidades y la calificación realizada por la Autoridad Sanitaria Nacional al momento de la suscripción del Contrato o inclusión de Beneficiario, y/o cuando SALUDSA lo requiera.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MODALIDAD DE FINANCIAMIENTO.-

1. Los Usuarios podrán obtener el Financiamiento de las Prestaciones Sanitarias contratadas, las cuales podrán ser brindadas por prestadores de la Red de Prestadores de Servicios de Salud Privados Afiliados, Red de Prestadores de Servicios de Salud Privados Afiliados Específicos, Prestadores de Servicios de Salud Privados No Afiliados y en Otros Prestadores de Servicios de Salud No Afiliados, siempre que los mismos cuenten con las habilitaciones necesarias otorgadas por la Autoridad Sanitaria Nacional y con el título de tercer nivel y especialidad, de ser el caso, debidamente registrados ante la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENESCYT) y el Ministerio de Salud Pública, y conforme a lo descrito en el Anexo No. 2 – Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.
2. El Usuario deberá desembolsar los valores que, por concepto de Prestaciones Efectivas por parte del prestador, y deberá presentar a SALUDSA para solicitar la restitución de los mismos de conformidad a lo dispuesto en la Cláusula Décima Séptima Reembolso.
3. En todo Financiamiento, según lo descrito en el Anexo No. 2 – Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas, el Contratante asumirá los valores no financiados por SALUDSA, tales como: Deducible, Valor No Financiado, diferencia de Tarifario entre el Nivel del Producto y el Nivel del Prestador, Copagos, Gastos Administrativos y valores asociados a Exclusiones específicas y no justificados. Con la suscripción contractual el Contratante acepta el pago de estos gastos. En caso de que en la prestación del Producto contratado se aplique Deducible, el mismo deberá ser asumido por el Usuario en los primeros gastos médicos, hasta completar el monto total por persona y por año.
4. SALUDSA podrá celebrar convenios con Prestadores de Servicios Privados de Salud Afiliados a fin de facilitar el Financiamiento a favor de los Usuarios, de tal manera que se agilicen los procesos administrativos para brindar Financiamiento de las prestaciones de salud contratadas.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: REEMBOLSO.-

Los gastos incurridos por el Usuario podrán ser restituidos por SALUDSA, de conformidad a los porcentajes establecidos en el Anexo No. 2 – Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas, para lo cual será necesario que cumpla obligatoriamente con los siguientes requisitos, entre los que se encuentran los requisitos documentales:

1. Solicitud de reembolso, que detalle el diagnóstico definitivo del tratamiento, las prestaciones recibidas con sus respectivos valores y la documentación debidamente cumplimentada por el Usuario y el médico tratante.
2. Factura original, que deberá contener el detalle de prestaciones, bienes y servicios recibidos, estar a nombre del Usuario, cumplir con todos los requisitos tributarios determinados en las leyes, reglamentos y demás normas correspondientes, sin errores de forma. En caso de que sea factura electrónica el Usuario entregará la clave de acceso de la misma y copia del Lenguaje de Etiquetado Extensible (XML), estas facturas deberán estar debidamente autorizados por el Servicio de Rentas Internas (SRI), caso contrario no serán consideradas como válidas. Toda factura deberá ser presentada en el plazo máximo de noventa (90) días calendario contados desde la fecha de emisión de la misma. Para prestaciones del extranjero adicionalmente se deberá presentar la constancia del pago sea en efectivo, cheque, transferencia, tarjeta de crédito.
3. Copia simple de la historia clínica u hoja de emergencia en la que conste la información del paciente, de las Prestaciones Sanitarias, procedimientos realizados, diagnóstico definitivo y diagnósticos secundarios.
4. Receta médica, por prescripción de Medicamentos.
5. Los Beneficiarios mayores de edad del Contratante deberán suscribir la autorización a la que se refiere la Cláusula Décima Octava Autorización, previo al primer Financiamiento de cualquier Prestación Médica.
6. Para el caso de auxiliares de diagnóstico será necesario, además, presentar pedidos originales y copia de los informes de resultados.
7. En el caso de la solicitud de maternidad, se deberá adjuntar la ecografía obstétrica y el informe médico que determine la edad

gestacional.

8. Para cirugías de nariz, rodilla y otras que SALUDSA considere necesario, se requerirá obligatoriamente, informe de segunda opinión emitida por un Prestador de Servicios de Salud Privado Afiliado definido por SALUDSA, placa radiográfica que justifique la lesión aguda, informe del médico radiólogo e informe del médico cirujano, con criterios de aprobación de cirugía.
9. Para el caso de transferencias entre establecimientos prestadores de salud, será necesario el documento que justifique dicha transferencia.
10. En casos que el Usuario tenga otros planes de financiamiento de salud integral prepagada o seguros de asistencia médica y haya solicitado previamente la restitución en los mismos, deberá presentar a SALUDSA los requisitos señalados anteriormente en copias simples más el original de la liquidación de reembolso, restitución de gastos médicos u otro similar entregado por dichas empresas. En caso de que el Usuario haya sido beneficiado de otra empresa de financiamiento de salud integral prepagada o seguro de asistencia médica, y solicite restitución por estos mismos gastos a SALUDSA y no notifique sobre este particular, se considerará como un acto de mala fe.

El Usuario entregará la información y documentación establecida en esta Cláusula de manera clara, precisa, completa y apegada a la verdad. Dicha documentación deberá ser entregada sin tachones ni enmendaduras.

El plazo para que se cubran los gastos incurridos por el Usuario será máximo de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la documentación completa, correctamente diligenciada y que cumpla con los requerimientos legales y contractuales, a satisfacción de SALUDSA.

En caso de terminación del Contrato el Usuario tendrá treinta (30) días calendario contados desde la notificación de la terminación para solicitar el reembolso de gastos por Prestaciones Efectivas durante la vigencia del Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AUTORIZACIÓN.-

1. El Contratante al suscribir el presente Contrato y cada uno de los Beneficiarios al ingresar a SALUDSA, autorizan expresamente a cualquier profesional de la salud o establecimiento prestador de servicios de salud de cualquier nivel a que entregue copia certificada del expediente único de la historia clínica, a solicitud de SALUDSA, expediente que será usado únicamente para los fines previstos en este Contrato o de cualquier otro que suscriba el Contratante o los Beneficiarios o mientras un Usuario sea afiliado a SALUDSA.
2. Así mismo, el Contratante y cada uno de los Beneficiarios autoriza a cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, cualquiera que sea su naturaleza, en especial, institución pública, compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada o de seguros, que tenga información sobre su estado de salud o de sus Beneficiarios, ya sea sobre intervenciones quirúrgicas o consultas médicas o tratamientos o prestaciones de cualquier naturaleza, para que en cualquier momento, proporcione a SALUDSA dicha información y cualquier otra información médica requerida y para que SALUDSA analice y consulte sobre la misma y realice directa o indirectamente una o más consultas al respecto, y/o copia de la historia clínica respectiva. El Contratante autoriza a SALUDSA que entregue, en caso de ser necesario, copia fotostática o archivo magnético debidamente certificado de esta autorización.
3. Los Beneficiarios mayores de edad deberán suscribir la autorización a la que se refiere el inciso anterior o remitirla vía electrónica, previo al primer Financiamiento de cualquier prestación sanitaria. El pago del primer reembolso o de cualquier otro posterior, podrá ser retenido por SALUDSA hasta que se cumpla con este requisito y cualquier otro previsto en este Contrato.
4. SALUDSA tendrá el derecho a realizar todas las actividades necesarias para verificar la Prestación Efectiva del servicio, el monto al que asciende, el pago y la forma en que fue realizado el mismo, y la veracidad de comprobantes de venta y su contenido así como cualquier otra documentación complementaria, consecuentemente el Contratante y los Beneficiarios facultan a SALUDSA a realizar las gestiones y procedimientos de auditoría o verificación que considere necesarios, sin limitación de ninguna naturaleza.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: CAMBIO DE NIVEL DE PRODUCTO.-

El Contratante de manera unilateral podrá solicitar a SALUDSA el cambio a un producto diferente dentro del Plan, únicamente cuando el nuevo producto sea de un menor nivel de Financiamiento al del Producto contratado, incorporándose las condiciones y montos de Financiamiento del nuevo producto como anexo de este Contrato sustituyendo al Anexo No. 2 - Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas con las del nuevo producto. Para la aplicación de periodos de Carencias se tendrá en cuenta el tiempo de afiliación transcurrido en el Producto previamente contratado.

En caso de que el Contratante opte por un producto con mayor nivel de Financiamiento al del Producto previamente contratado, deberá suscribir un nuevo contrato dándose por terminado el presente Contrato, y deberá aceptar las condiciones de una nueva relación contractual.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: CARENCIAS.-

Las prestaciones sanitarias a favor de los Usuarios se sujetarán a los siguientes periodos de Carencia:

1. Carencia para maternidad: Las prestaciones y beneficios médicos requeridos en la atención de un parto o cesárea, o a consecuencia de un aborto o embarazo ectópico, estarán amparadas, siempre y cuando el embarazo haya iniciado al menos cuarenta y cinco (45) días calendario después de la fecha de suscripción del Contrato o ingreso de la mujer embarazada como

Beneficiaria, si esto ocurriere posteriormente, tomando como fecha de inicio del embarazo el primer día de la última menstruación.

2. Carencia para Atención Ambulatoria: Para las Prestaciones Sanitarias Ambulatorias previstas en este Contrato, incluida la atención de Urgencia Médica, el período de Carencia es de treinta (30) días calendario, contados desde la suscripción del presente Contrato o ingreso del respectivo Beneficiario, si esto ocurriere posteriormente.
3. Carencia para Atención Hospitalaria: Para las Prestaciones Sanitarias Hospitalarias y de Hospital del Día previstas en éste Contrato, el período de Carencia es de noventa (90) días calendario, contados desde la suscripción del presente Contrato o ingreso del respectivo Beneficiario, si esto ocurriere posteriormente.
4. Carencia para Emergencia Médica: El período de Carencia para Emergencias Médicas es de veinticuatro (24) horas posteriores a la suscripción del Contrato o ingreso del respectivo Beneficiario, si esto ocurriere posteriormente, e incluye accidentes y apendicectomía.
5. Carencia dental: Para las Prestaciones Sanitarias dentales previstas en este Contrato, el período de Carencia es de sesenta (60) días calendario contados desde la suscripción del presente Contrato o ingreso del respectivo Beneficiario, si esto ocurriere posteriormente.
6. Carencia para Enfermedades Preexistentes declaradas: Para las prestaciones sanitarias de cobertura de preexistencias declaradas será el previsto en la Ley Orgánica, y recogido en la Cláusula Décima Cuarta Preexistencias, y de acuerdo al Anexo No. 2 - Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.
7. Carencia de procedimientos médico-quirúrgicos por enfermedad no preexistente: Histerectomía, colecistectomía, litotripsia, septoplastias, hernioplastia y artroscopías de rodilla, cirugía de columna por hernia discal, hemorroidectomía. El período de Carencia para estas patologías será de trescientos sesenta y cinco (365) días calendario, contados desde la suscripción del presente Contrato o ingreso del respectivo Beneficiario, si esto ocurriere posteriormente.

Para cada uno de los Beneficiarios, se contará cada periodo de Carencia, tomando en consideración la fecha de ingreso de cada Beneficiario al amparo de este Contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS EN CASO DE DUPLICIDAD DE AMPARO.-

1. Habrá duplicidad de amparo cuando otra compañía financie servicios de atención integral de salud prepagada y/o compañía de seguros esté al mismo tiempo prestando servicios de Financiamiento o amparo de seguros, respectivamente, sobre los mismos eventos, amparos o coberturas, independientemente de su naturaleza, que de cualquier forma el Contratante o cualquier Beneficiario tenga derecho a recibir un reembolso o indemnización, o, en general, un pago o cobertura. Esto también se aplicará cuando el Contratante o cualquier Beneficiario, tenga más de un contrato con SALUDSA.
2. En caso de duplicidad de amparos SALUDSA no podrá limitar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales a favor del Usuario, pero deberá aplicar las condiciones establecidas en el presente Contrato y sus Anexos.
3. Los gastos que no hayan sido financiados por el otro plan de financiamiento de salud integral prepagada o seguro de asistencia médica, serán financiados por SALUDSA en función del Anexo No. 2 - Financiamiento / Coberturas de Prestaciones Sanitarias, del Tarifario por Procedimientos y no se encuentre detallado en el Anexo No. 5 - Exclusiones del Producto contratado, siempre y cuando los mismos tengan financiamiento en el Producto contratado.
4. Para solicitar la coordinación de beneficios deberá presentar la información requerida en la Cláusula Décima Séptima Reembolso.
5. El resultado total de la coordinación de beneficios para SALUDSA, en ningún caso podrá ser superior al cien por ciento del Valor Cubierto en la prestación, conforme al financiamiento al que el Usuario tenga derecho por parte de SALUDSA.
6. En caso de que el Usuario haya recibido Financiamiento por parte de otra empresa de financiamiento de salud integral prepagada o cobertura de seguro de asistencia médica por parte de una compañía de seguros, y solicite restitución por estos mismos gastos a SALUDSA, sin informarle de este hecho en forma previa, se considerará como un acto de mala fe del Usuario, y SALUDSA tendrá derecho a proceder conforme lo previsto en la Ley Orgánica y en este Contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: RESPONSABILIDAD CIVIL Y ADMINISTRATIVA.-

1. SALUDSA no será responsable civil o administrativamente o de cualquier otra naturaleza por o a consecuencia de las deficiencias en la calidad de la prestación de servicios sanitarios o de salud, en los casos en que las Prestaciones Sanitarias se realicen en o se presten por parte de prestadores no afiliados expresamente a la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados y en la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados Específicos.
2. SALUDSA será responsable de verificar que los prestadores de servicios de salud de la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados y en la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados Específicos hayan: obtenido el permiso de funcionamiento otorgado por la Autoridad Sanitaria Nacional; aprobado la cartera de servicios ante dicha Autoridad; y registrado del título universitario de profesional de la salud o especialista, en el Ministerio de Salud Pública y en la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENESCYT).
3. La responsabilidad subsidiaria en los ámbitos civil y administrativo a la que se refiere la Ley Orgánica, dado que el Financiamiento de la prestación de servicios de salud es bajo la modalidad mixta, ésta sólo aplicará en el caso de que SALUDSA incumpla con la obligación indicada en el numeral anterior, y siempre que un juez o autoridad competente declare la responsabilidad subsidiaria de SALUDSA y la sentencia o resolución hayan quedado ejecutoriadas, y en este último caso, además, hayan quedado en firme.
4. La responsabilidad subsidiaria se circunscribirá a los ámbitos civil y administrativo, y sólo la podrá declarar el juez en sentencia o autoridad competente en resolución, en caso que el prestador responsable no pague la indemnización que deba pagar al Usuario en forma oportuna, teniendo SALUDSA el derecho de repetir en contra del prestador médico.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS.-

El Contratante podrá incluir nuevos Beneficiarios de manera posterior a la suscripción de este Contrato, quienes sólo podrán ser su cónyuge o conviviente legal y sus parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad. Para lo cual, deberá notificar por escrito y presentar los correspondientes Formularios de Movimiento, Formulario de Declaración de Preexistencias e Información Médica de Importancia, y otros requisitos formales para cada caso particular.

Los nuevos Beneficiarios recibirán el Financiamiento de las Prestaciones Sanitarias del Producto y se someterán a las condiciones de preexistencias, períodos de Carencias y demás condiciones estipuladas en el presente Contrato y sus respectivos Anexos. Los períodos de Carencia estipulado en la Cláusula Vigésima Carencias se contarán desde la fecha de inclusión efectiva del nuevo Beneficiario. El valor de la cuota adicional por la inclusión de nuevos Beneficiarios se agregará al global de las siguientes cuotas del Contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.-

Sin perjuicio de las demás obligaciones descritas en el presente Contrato, el Contratante y los Beneficiarios, en forma solidaria, tendrán las siguientes obligaciones:

1. Cumplir oportunamente con todas las obligaciones contractuales y legales.
2. Actuar de buena fe a la hora de contraer las obligaciones contractuales y en todo momento durante su relación con SALUDSA.
3. Responder personalmente por sus actos y por los de los Beneficiarios, sin perjuicio de la responsabilidad que tiene cada uno de los Beneficiarios;
4. Cumplir con el pago al prestador de los gastos médicos incurridos durante el período de Carencia, así como, del Valor No Financiado, Copagos, Deducible, Gastos Administrativos, y otros derivados de la atención médica para sí mismo y los Beneficiarios.
5. Proporcionar a SALUDSA la información y datos detallados a continuación, tanto del Contratante como de los Beneficiarios, sin perjuicio de otros que se pudieran solicitar: correo electrónico, número telefónico celular y convencional, dirección de domicilio y del lugar de trabajo, dirección para recibir notificaciones. El Contratante y/o Beneficiarios deberán notificar a SALUDSA cualquier cambio de información de contacto, en el término de diez (10) días hábiles desde que se produzca dicha modificación, caso contrario se entenderá que no hay modificaciones y será válida toda notificación que realice SALUDSA utilizando la última información reportada por el Contratante y/o Beneficiarios.
6. Proporcionar a SALUDSA, en forma completa, veraz y oportuna, la información y documentación requeridas y necesarias para evaluar el estado de salud de los Usuarios, para el proceso de auditoría y sustento de aplicación del Financiamiento de las Prestaciones Médicas.
7. Previo a cualquier Prestación Sanitaria, consultar el listado de la Red de Prestadores de Servicios de Salud Privados Afiliados, la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados Específicos y el Tarifario por Procedimiento del Producto contratado vigente al momento de la consulta, que estarán disponibles en los canales web de SALUDSA. El Usuario podrá elegir el prestador médico a su conveniencia y es su responsabilidad asumir los costos por la Prestación Médica cuando éstos no guarden relación con el Tarifario por Procedimiento y Nivel del Producto Contratado.
8. Entregar a SALUDSA los documentos descritos en la Cláusula Décima Séptima Reembolso de este Contrato para que opere el correspondiente reembolso en el plazo ahí indicado, siempre y cuando el Usuario haya entregado la documentación respectiva dentro de los noventa (90) días calendario contados desde la emisión de la factura por la Prestación Efectiva.
9. Cumplir con todas contraprestaciones económicas y mantener habilitado el método de pago elegido al momento de la suscripción de este Contrato o notificado posteriormente a SALUDSA en forma debida y siguiendo el procedimiento establecido en este Contrato. En caso de incumplimiento de esta obligación SALUDSA suspenderá el Financiamiento contratado, a excepción de la Emergencia Médica, de acuerdo a la Cláusula Décima Segunda Atención de Emergencia y Urgencia Médica y el Anexo No. 5 - Exclusiones. Una vez que el Contratante y/o Beneficiarios cumplan con las contraprestaciones pendientes de pago, se reestablecerá el financiamiento de las prestaciones sanitarias generadas a partir de esa fecha.
10. En caso que el Contratante solicite el restablecimiento del Contrato terminado de manera unilateral, el Contratante deberá cumplir con lo previsto en la Cláusula Sexta Restablecimiento de Vigencia de este Contrato.
11. No ocultar o falsear a la verdad sobre su estado y condición de salud, en especial sobre cualquier enfermedad, patología o condición preexistente, tanto a los prestadores de servicios sanitarios o de salud, como a SALUDSA.
12. Cuidar de su salud y no realizar ningún acto que ponga riesgo a su salud y que comprometa su integridad o la agrave, y actuar en todo momento de buena fe, sin abusar del financiamiento contratado con SALUDSA y sin generar prestaciones sanitarias o de salud innecesarias.
13. Presentar oportunamente y en forma completa las solicitudes de reembolsos, conforme lo previsto en este Contrato.
14. Colaborar en todo momento con SALUDSA en el análisis de las solicitudes de reembolso, auditorías o, en general, en cualquier información que SALUDSA requiera, en especial, para verificar el cumplimiento de las obligaciones del Contratante y Beneficiarios en este Contrato.
15. Las demás previstas en la Ley Orgánica y más normativa aplicable.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: OBLIGACIONES DE SALUDSA.-

Sin perjuicio de otras obligaciones descritas en el presente Contrato, SALUDSA tendrá las siguientes obligaciones:

1. Financiar las Prestaciones Sanitarias conforme lo descrito en este Contrato, en especial en sus Anexos.
2. Mantener actualizada la información y datos de contacto ofrecida por los prestadores de servicios de salud, en sus canales

web.

3. Mantener en los canales web la información del Tarifario por Procedimiento y actualizarlo periódicamente.
4. Poner a disposición del Contratante, el detalle del Financiamiento por Prestaciones Médicas presentadas.
5. Notificar al Usuario cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto del Financiamiento contratado, dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores al requerimiento realizado con toda la documentación que deba presentar en forma clara, completa y precisa.
6. Responder en el término máximo de diez (10) días hábiles contados a partir de la recepción del requerimiento por parte del Contratante sobre peticiones, consultas y quejas recibidas por parte de SALUDSA.
7. Las demás previstas en la Ley Orgánica y más normativa aplicable.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: ACTUACIÓN DE MALA FE.-

1. En el caso de que SALUDSA presuma que existe actuación de mala fe del Contratante y/o Beneficiario o intención de causar cualquier tipo de defraudación presentará el correspondiente reclamo administrativo y/o cualquier otra acción legal que corresponda, y suspenderá el Financiamiento, hasta la resolución final de la acción legal.
2. En caso de que la resolución o sentencia sea favorable al Contratante y/o Beneficiario, previo el pago de las contraprestaciones económicas por el periodo de la suspensión del Financiamiento, SALUDSA deberá restituir al Usuario todos los valores por Prestaciones Médicas que deberían haber sido financiadas por este Contrato, bajo las condiciones estipuladas.
3. En el caso de que el reclamo administrativo con el que se alegue mala fe o preexistencia no declarada por parte del Contratante o un Beneficiario, sea favorable a SALUDSA, ésta podrá dar por terminado el Contrato en forma unilateral ya sea para el Contratante o para el Beneficiario que hubiere actuado de mala fe, no renovar este Contrato o negarse a suscribir un nuevo contrato.
4. SALUDSA tendrá el derecho de iniciar las acciones civiles, penales y/o por daños y perjuicios en contra del Contratante y/o Beneficiarios, conforme a la legislación aplicable, en especial, en caso de mala fe.
5. Las Partes expresamente aceptan y determinan que se considerarán como actuaciones de mala fe las detalladas a continuación, no obstante, éstas son meramente ejemplificativas más no taxativas:
 - a) Solicitud de Financiamiento o restitución de gastos médicos inexistentes, sobrevalorados o cuando las Prestaciones Sanitarias no hayan sido brindadas al respectivo Usuario.
 - b) Presentación de instrumentos de todo tipo, en especial, documentos falsos, falsificados o adulterados, de cualquier forma, ya sea física, electrónica o ideológicamente.
 - c) Ocultamiento o manipulación o adulteración de información, total o parcial.
 - d) Solicitud de restitución de gastos médicos que estén cubiertos o financiados por otras compañías de seguros o empresas que financien servicios de atención integral de salud prepagada, y que hayan sido restituidos por éstas y se haya solicitado su restitución, sin advertir de una eventual coordinación de beneficios, conforme la Cláusula Vigésima Primera Coordinación de Beneficios en Caso de Duplicidad de Amparo de este Contrato.
 - e) No declaración de preexistencias en los términos previstos en la Cláusula Décima Cuarta Preexistencias de este Contrato, con el fin de percibir un financiamiento de salud integral prepagada que no corresponda a preexistencias.
 - f) Cualquier acto de mala fe, en especial que falseen la verdad y/o que tengan como fin o pretendan sacar provecho o beneficio en detrimento de SALUDSA.
 - g) Cualquier acto que no sea de buena fe o que esté reñido con ella, en especial, que sea deshonesto o ilegal o ilegítimo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: LEGISLACIÓN APLICABLE.-

En todo lo no previsto de manera expresa en el presente Contrato las Partes se someten, supletoriamente, a lo dispuesto 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 Seguros de Asistencia Médica, su reglamento; a la Ley Orgánica de Salud; y, a la Ley Orgánica de Defensa al Consumidor.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA: NULIDAD PARCIAL.-

En caso de que una o más disposiciones estipuladas en este Contrato llegaren a ser declaradas inválidas, ilegales o inejecutables, respecto de cualquiera de las Partes, dicha nulidad, ilegalidad, o inejecutabilidad no invalidará el resto del Contrato, mismo que deberá seguir ejecutándose por las Partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA: RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.-

1. El Usuario procurará solucionar con SALUDSA de modo directo las potenciales controversias que surjan de la aplicación del Contrato, para lo cual, la Parte que se crea perjudicada planteará queja por escrito a la otra, en la que exprese su posición, dentro del término de siete (7) días hábiles, contado a partir de la negativa a cubrir el Financiamiento de las Prestaciones Sanitarias o del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del Contratante y/o Beneficiario. Si dentro del término de ocho (8) días hábiles, posteriores a la presentación de la queja, no se llegare a una solución amistosa, la Parte que se creyere perjudicada, quedará en libertad de plantear el reclamo administrativo correspondiente, en los términos previstos en la Ley Orgánica, otras acciones judiciales a que hubiere lugar, o mecanismo o procedimiento alternativos de solución de conflictos, a elección del actor.
2. En caso que SALUDSA resuelva solicitar la terminación anticipada del Contrato por presumir que el Contratante y/o uno o más de los Beneficiarios no ha actuado de buena fe a la hora de contraer obligaciones contractuales, deberá plantear su

solicitud mediante reclamo en sede administrativa, pudiendo hacerlo en forma directa, sin cumplir con ningún proceso previo. En los demás casos, no estará obligado a presentar un reclamo administrativo, pudiendo acudir a cualquier vía que esté prevista en la legislación vigente.

3. En caso que las Partes resuelvan plantear un reclamo en sede administrativa, éste se sustanciará en la forma prevista en la Sección Segunda del Capítulo VI de la Ley Orgánica (artículos 41 al 46), normas que prevalecerán sobre las contantes en otros cuerpos legales por su especialización, conforme lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley Orgánica.
4. Si un Usuario acudiere a la Defensoría del Pueblo, conforme lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley Orgánica, lo hará para recibir orientación y asesoramiento respecto de la protección y tutela de sus derechos en el marco de lo establecido en la Ley Orgánica. La única vía de reclamo, además de la judicial, es la prevista en el numeral precedente de esta Cláusula.
5. Sin perjuicio de lo estipulado en los párrafos precedentes, las Partes acuerdan que, agotado el procedimiento administrativo, o, prescindiendo del mismo, según lo decida la Parte reclamante, toda controversia que surja entre ellas, derivada de la interpretación, ejecución, incumplimiento, terminación y/o liquidación del presente Contrato, la sustanciarán mediante acción judicial planteada ante los jueces competentes del Distrito Metropolitano de Quito, para lo cual, en forma expresa y voluntaria, renuncian a su fuero y a su domicilio.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA CONTRATO INTEGRAL Y RENUNCIAS.-

Este Contrato (incluyendo los Anexos adjuntos) representa el total entendimiento y acuerdo entre las Partes en relación con cualquier asunto en él previsto.

La renuncia de cualquiera de las Partes a exigir el cumplimiento de cualquiera de las previsiones del presente Contrato no deberá ser considerada como una renuncia posterior o continua del incumplimiento.

La falta o demora en el ejercicio de cualquier medida mencionada no se entenderá como renuncia a la misma, tampoco se entenderá así el ejercicio parcial o individual de tales medidas.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMERA: DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN.-

Uno.- DECLARACIÓN.- El Contratante consciente de las obligaciones que contrae mediante la suscripción del presente Contrato declara que:

1. Ha leído y entiende todas las condiciones detalladas en este Contrato y en sus Anexos y manifiesta su aceptación con los mismos.

2. Ha sido informado de manera adecuada, veraz, clara oportuna, completa y precisa sobre los planes, productos, alcances, limitaciones, Financiamiento, condiciones de financiamiento, exclusiones y demás particularidades establecidas anteriormente.

3. La información declarada en el Anexo No. 6 - Formularios (Declaración de Preexistencias e Información Médica de Importancia) es veraz, completa y detallada sobre el estado de salud del Contratante y de los Beneficiarios al momento de la suscripción del presente Contrato o de la inclusión del Beneficiario.

Dos.- ACEPTACIÓN.- La firma del Contratante en este documento refleja la aceptación de las condiciones en las cuales se ha emitido el Contrato en su beneficio y el de los Beneficiarios.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES.-

1. El Contratante acepta recibir información, documentación y/o notificaciones en relación a la suscripción, Mecanismos de Financiamiento de Servicios de Salud Integral Prepagada, Financiamiento, coberturas, condiciones, Exclusiones, mora, entre otra, que se pueda generar en aplicación del presente Contrato y sus Anexos, mediante la utilización de vía telefónica o por cualquier medio, sean físicos o electrónicos, tales como, pero no limitados a: correo electrónico, mensajes de texto SMS, o similares, canales web, entre otros. Por lo que, es obligación del Contratante entregar los datos de contacto al momento de la suscripción del presente Contrato y de actualizarlos en forma permanente, en el caso que esta información cambie en algún momento, mientras el Contrato esté vigente. SALUDSA no se responsabiliza en el caso que el Contratante no reciba dichas notificaciones por no actualizar los datos o por no leer las mismas.
2. En aplicación de la Ley de Comercio Electrónico, Firma Electrónica y Mensaje de Datos, el presente Contrato y cualquier otro documento se entenderá suscrito, cuando cumpla con lo previsto en el artículo 45 de dicha Ley.
3. Las notificaciones que le corresponda recibir a SALUDSA serán entregadas en forma física en las oficinas más cercanas de la Compañía del domicilio del Contratante.
4. Las notificaciones que le corresponda recibir al Contratante y/o Beneficiarios serán entregadas en forma física o electrónica en el lugar indicado por el Contratante en el Formulario de Suscripción de este Contrato. En el caso de los Beneficiarios, SALUDSA podrá remitir notificaciones alternativamente a la dirección que tenga registrada de cada uno de ellos.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA TERCERA: MODIFICACIÓN DE CONTRATOS POR DISPOSICIÓN DE LA AUTORIDAD.-

El presente Contrato podrá ser modificado, conforme las disposiciones que al respecto emitan las autoridades de control, y, desde ya el Contratante acepta cualquier modificación al Contrato y sus Anexos, incluyendo el alcance del Plan, Producto contratado y contraprestaciones económicas de cualquiera de las Partes, sin limitación alguna. Para los efectos indicados, SALUDSA notificará al Contratante las nuevas condiciones contractuales, a través de los medios electrónicos disponibles.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA CUARTA: SUSCRIPCIÓN.-

Para constancia de su conformidad con lo expresado en este Contrato y sus Anexos, las Partes, lo suscriben en cualquiera de las formas previstas en la legislación vigente.

Juan Carlos Fegan Barahona
Vicepresidente Comercial y de Mercadeo

El Cliente

Saludsa Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador S.A.

CONTRATO TIPO PLAN INDIVIDUAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA S.A.

ANEXO No. 1 PLAN

CONDICIONES APLICABLES AL PLAN INDIVIDUAL.

1. FINANCIAMIENTO DEL CONJUNTO DE PRESTACIONES SANITARIAS.

1.1. FINANCIAMIENTO Y PRESTACIONES SANITARIAS.

- 1.1.1. El Financiamiento del presente plan permitirá recibir a los Usuarios el conjunto de Prestaciones Sanitarias que incluye los servicios de salud: ambulatorio, hospital del día, hospitalario y de urgencias y emergencias médicas, que se considerarán por ciclo de vida y permitirán el adecuado mantenimiento y restablecimiento de las condiciones de salud de los Usuarios, de acuerdo a los montos y Financiamiento contratados. Según se especifica en el objeto del contrato y en el Anexo No. 2 Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Médicas correspondiente.
- 1.1.2. Las prestaciones sanitarias incluirán las de **tarifa cero**, entendidas como las prestaciones de Prevención Primaria, que se desarrollan durante la atención en la consulta médica demandada por el Usuario y se brindarán en relación a cada Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones. Estas prestaciones están calculadas en la nota técnica y se encuentran incluidas en el precio, de tal manera que no generan gastos adicionales para los Usuarios.
- 1.1.3. El Financiamiento para las Prestaciones Sanitarias se brindará siempre que dichas prestaciones estén relacionadas de manera directa o sean consecuencia de un diagnóstico o tratamiento médico cubierto y se justifique su pertinencia médica.
- 1.1.4. El Financiamiento se aplicará de acuerdo al Monto Máximo Establecido para el Producto, Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones, porcentaje de Copago, Deducible, períodos de Carencia, número de atenciones límites de cada Prestación Efectiva y Exclusiones, en función de cada Contrato y la descripción de sus correspondientes Anexos. En los casos en los que apliquen Deducible, el mismo será por año de vigencia, por persona y se aplicará en los primeros eventos hasta completar el total del Deducible.
- 1.1.5. SALUDSA otorgará el Financiamiento siempre que exista la disponibilidad del servicio de salud en el lugar de la solicitud.
- 1.1.6. SALUDSA podrá ofertar productos que incluyan Financiamiento en el exterior, cuyas condiciones serán las estipuladas en los contratos celebrados por la empresa con las redes de prestadores internacionales asociados.
- 1.1.7. El detalle de las prestaciones cubiertas por el Plan, sus contenidos, alcances y límites serán aquellas que están descritas en el Contrato y sus anexos.

1.2. PORCENTAJES DE FINANCIAMIENTO.

- 1.2.1. El porcentaje de Financiamiento se establecerá en función de la relación entre el Nivel del Producto contratado y el Nivel del Prestador, cuyos tarifarios son clasificados por SALUDSA, de acuerdo al conjunto de prestaciones, conforme la siguiente descripción:

PORCENTAJE DE FINANCIAMIENTO / COBERTURA PRESTACIONES HOSPITALARIAS POR NIVEL										
	Nivel del Prestador									
Nivel de Producto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	100%	80%	64%	51%	41%	33%	26%	21%	17%	13%
2	100%	100%	80%	64%	51%	41%	33%	26%	21%	17%
Esencial	100%	100%	90%	72%	58%	46%	37%	29%	24%	19%
3	100%	100%	100%	80%	64%	51%	41%	33%	26%	21%
4	100%	100%	100%	100%	80%	64%	51%	41%	33%	26%
5	100%	100%	100%	100%	100%	80%	64%	51%	41%	33%
6	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	64%	51%	41%
7	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	64%	51%
8	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	64%
9	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%
10	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

PORCENTAJE DE FINANCIAMIENTO / COBERTURA PRESTACIONES HOSPITAL DEL DÍA POR NIVEL										
	Nivel del Prestador									
Nivel de Producto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	80%	64%	51%	41%	33%	26%	21%	17%	13%	11%
2	80%	80%	64%	51%	41%	33%	26%	21%	17%	13%
Esencial	80%	80%	70%	56%	45%	36%	29%	23%	18%	15%
3	80%	80%	80%	64%	51%	41%	33%	26%	21%	17%
4	80%	80%	80%	80%	64%	51%	41%	33%	26%	21%
5	80%	80%	80%	80%	80%	64%	51%	41%	33%	26%
6	80%	80%	80%	80%	80%	80%	64%	51%	41%	33%
7	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	64%	51%	41%
8	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	64%	51%
9	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	64%
10	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

PORCENTAJE DE FINANCIAMIENTO / COBERTURA PRESTACIONES AMBULATORIAS POR NIVEL										
	Nivel del Prestador									
Nivel de Producto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	80%	64%	51%	41%	33%	26%	21%	17%	13%	11%
2	80%	80%	64%	51%	41%	33%	26%	21%	17%	13%
Esencial	80%	80%	70%	56%	45%	36%	29%	23%	18%	15%
3	80%	80%	80%	64%	51%	41%	33%	26%	21%	17%
4	80%	80%	80%	80%	64%	51%	41%	33%	26%	21%
5	80%	80%	80%	80%	80%	64%	51%	41%	33%	26%
6	80%	80%	80%	80%	80%	80%	64%	51%	41%	33%
7	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	64%	51%	41%
8	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	64%	51%
9	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	64%
10	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

A todas las tablas se aplican las siguientes condiciones:

- Los porcentajes en las tablas se encuentran expresados en valores enteros, la aproximación se realizó al inmediato superior o al inmediato inferior, tomando como referencia el valor 0,5. Para el Financiamiento se considerará el valor con los decimales sin la aproximación.
- Los porcentajes de Financiamiento aplicarán sobre el valor establecido según Tarifario de Procedimientos, según el Nivel del Producto Contratado. Dicho valor estará disponible en el canal web oficial de SALUDSA.
- Las prestaciones descritas en las tablas se entenderán como el conjunto de prestaciones médicas por cada tipo de servicio.

2. MONTO MÁXIMO ESTABLECIDO PARA EL PRODUCTO, COPAGO Y DEDUCIBLE.

2.1. MONTO MÁXIMO ESTABLECIDO PARA EL PRODUCTO.

Es el valor de cobertura anual por Usuario establecido en el Producto y que constituye el valor económico máximo que podría ser financiado a través de los Mecanismos de Financiamiento de Servicios de Salud Integral Prepagada a favor del Usuario, que a su vez contendrá el Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones, conforme lo estipulado en el Contrato y en el Anexo No. 2 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.

2.2. COPAGO.

Es el monto que debe asumir el Usuario, dentro de toda Prestación Sanitaria cubierta luego de aplicar el Deducible conforme lo estipulado en el Contrato y en el Anexo No. 2 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.

2.3. DEDUCIBLE.

Es el valor económico que dentro de los gastos médicos reconocidos por la SALUDSA corre por cuenta de cada Usuario, su monto será establecido en el Anexo No. 2 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas y operará dentro de la vigencia del mismo. El Deducible aplicará en los primeros eventos hasta completar el monto total.

3. MODALIDADES DE RELACIONAMIENTO CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y CONDICIONES PARA EL FINANCIAMIENTO.

- 3.1. Los Usuarios podrán acceder, a su elección, a la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados, con los que SALUDSA mantiene relación comercial; o, a Prestadores de Servicios de Salud Privados No Afiliados, Otros Prestadores de Servicios de Salud No Afiliados sin relación comercial, quienes proveerán los servicios de atención de salud a los Usuarios, conforme las prestaciones establecidas en el Contrato y porcentajes de Financiamiento que variarán dependiendo del prestador de servicios al que acuda.
- 3.2. Este Plan está diseñado para brindar Financiamiento en modalidad mixta y sus especificaciones se detallan en el Contrato Tipo y sus Anexos.
- 3.3. El Financiamiento de las Prestaciones Sanitarias se brindará, únicamente, cuando el prestador de servicios de salud cuente con la habilitación para el funcionamiento otorgada por la Autoridad Sanitaria Nacional y/o con el debido título universitario que respalde su profesión o especialidad, debidamente registrados por autoridades competentes.
- 3.4. Los Usuarios deberán consultar la Red Prestadores de Servicios De Salud Afiliados, con relación comercial, que estará disponible en los canales web oficiales de SALUDSA.
- 3.5. Para recibir el Financiamiento contratado el Usuario deberá estar al día en el pago de sus obligaciones.

4. PRECIO


El precio de cada Producto ofertado guardará relación con las notas técnicas y podrá ser ajustado conforme los rangos determinados en la misma para mantener las condiciones de Financiamiento de prestaciones sanitarias, según lo estipulado en la Ley Orgánica.

5. OTRAS CONDICIONES DE FINANCIAMIENTO.

5.1. PREEXISTENCIAS.

Las Enfermedades Preexistentes definidas en el artículo 34 de la Ley Orgánica, recibirán Financiamiento conforme el monto y períodos de Carencia dispuestos en dicho artículo, el monto anual y el período máximo de Carencia aplicarán de manera global para todas las Enfermedades Preexistentes declaradas y cubiertas en cada Contrato.

5.2. ENFERMEDADES CONGÉNITAS, GENÉTICAS Y HEREDITARIAS.



Las Enfermedades Congénitas, Genéticas y Hereditarias conocidas y diagnosticadas de manera posterior a la suscripción del Contrato, así como, los estudios para su diagnóstico o evaluación, recibirán Financiamiento cumpliendo con Copagos y Deducibles, de conformidad al Producto contratado. En caso de que hayan sido conocidas y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato, se considerarán preexistencias, de conformidad al artículo 34 de la Ley Orgánica.

5.3. EMERGENCIA MÉDICA.

Para la atención de Emergencia Médica se entenderá, como toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, independientemente del lugar de su acontecimiento.

El Financiamiento para la Emergencia Médica se brindará dentro del territorio nacional e incluirá el procedimiento de emergencia ambulatoria, hospitalaria o médico quirúrgico, incluyendo todo el equipamiento, insumos y Medicamentos necesarios hasta la estabilización de las condiciones de salud motivo de la emergencia. El Financiamiento para la emergencia se brindará para las condiciones de salud cubiertas por el Contrato, bajo el diagnóstico definitivo y hasta el Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones de lo contratado, para el Financiamiento se aplicarán las exclusiones específicas del Contrato. SALUDSA podrá reconocer hasta el Monto Máximo Establecido para el Producto al establecimiento de servicios de salud, posterior a la auditoría de pertinencia médico-financiera.

Se entenderá por Urgencia Médica es todo estado patológico de rápida instauración y condiciones de salud o patologías derivadas de circunstancias imprevistas o inevitables que no ponen en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que generan la necesidad imperiosa de recibir atención de salud.

6. TARIFA CERO.

- 6.1. La tarifa cero se entenderán conforme lo estipulado en el numeral 1.1.2 del presente documento.
- 6.2. La Prevención Primaria son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante la determinación de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.
- 6.3. Las prestaciones de tarifa cero se brindará de acuerdo al ciclo de vida, edad y sexo de los Usuarios y se ajustará a la normativa que para efecto dicte la Autoridad Sanitaria Nacional.

CONTRATO TIPO PLAN INDIVIDUAL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA S.A.

ANEXO NO. 4 DEFINICIONES

DEFINICIONES.-

Para los efectos de este Contrato, los siguientes términos con mayúscula inicial tendrán el significado que se especifica en este Anexo. Los títulos de las Cláusulas se incluyen con fines de referencia y de conveniencia únicamente, y en ningún caso afectarán la aplicación o interpretación de los mismos por cuanto se estará al texto completo de cada Cláusula y al propósito general de este Contrato. Las palabras técnicas o científicas que no se encuentren definidas expresamente en este Contrato tendrán los significados que les correspondan según la técnica o ciencia respectiva y las demás palabras se entenderán en su sentido natural y obvio, según el uso general de las mismas. Para efectos de este Contrato, se establecen las siguientes definiciones, las cuales podrán ser usadas tanto en singular como en plural.

Para los propósitos y fines del presente Contrato, los términos específicos empleados aquí tendrán el significado que a continuación se expresa.

1. **Accidente:** Suceso imprevisto, traumático, causado por factores externos y repentinos, no provocado deliberadamente por el Usuario, que produzca una lesión orgánica o un daño funcional, permanente o temporal, que deba ser atendido dentro de las primeras 24 horas de ocurrencia. No se considerarán como accidente las complicaciones derivadas de un tratamiento o procedimiento médico.
2. **Atención en Hospital del Día:** Son aquellas prestaciones de salud, que por su complejidad o tecnología aplicada, no requieren de estancias hospitalarias superiores a veinte y cuatro (24) horas. No incluyen estancias en salas de observación.
3. **Atenciones Ambulatorias:** Son todas aquellas prestaciones de salud que se realizan sin necesidad de estancia hospitalaria.
4. **Atenciones Hospitalarias:** Son todas aquellas prestaciones de salud de mayor complejidad que requieren hospitalización del paciente para ser realizadas, es decir, aquellas en las que el paciente permanezca justificada médicamente al menos veinte y cuatro (24) horas en estancia.
5. **Beneficiarios:** Persona natural, cuya relación con el Contratante es de cónyuge o conviviente legal, parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, quienes deberán estar declarados como Beneficiarios en el Contrato para recibir el financiamiento de las prestaciones sanitarias a su favor conforme lo descrito en el presente Contrato y Anexos aplicables.
6. **Carencia:** Período de tiempo de espera, contado desde la suscripción del Contrato o de la inclusión del beneficiario, que el Usuario debe cumplir para recibir financiamiento de una determinada cobertura sanitaria.
7. **Contratante o Titular:** Toda persona natural que celebra el presente Contrato para su beneficio individual y/o el de los Beneficiarios.
8. **Copago:** Es el monto que debe asumir el Usuario, dentro de toda Prestación Sanitaria cubierta luego de aplicar el Deducible conforme lo estipulado en este Contrato y en el Anexo No. 2 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.
9. **Deducible:** Es el valor económico que dentro de los gastos médicos reconocidos por la empresa corre por cuenta de cada usuario, su monto será establecido en el Anexo No. 2 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas y operará dentro de la vigencia del mismo. El deducible aplicará en los primeros eventos hasta completar el monto total.
10. **Emergencia Médica:** Toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, independientemente del lugar de su acontecimiento.
11. **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 Nacional.
12. **Enfermedad Congénita:** También denominadas anomalías congénitas, defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, que tienen su origen durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior del nacimiento.
13. **Enfermedad Preexistente:** Cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por la o el Usuario y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del Contrato o a la incorporación de la o el beneficiario.

14. **Enfermedad Rara:** Son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad que afecta a uno por cada diez mil personas, es decir, únicamente a un pequeño porcentaje de la población.
15. **Enfermedad Sobreviniente:** Patología que se detecte posterior a la suscripción del Contrato.
16. **Enfermedades Crónicas:** Son enfermedades de larga duración, de progresión lenta, que tengan una duración mayor a seis meses en promedio, independientemente de si se encuentran bajo tratamiento o no y del número de reagudizaciones en un período de tiempo determinado.
17. **Enfermedades Genéticas:** Las enfermedades genéticas son aquellas que están causadas por cambios en el material genético (ADN).
18. **Enfermedades Hereditarias:** Son las enfermedades genéticas que se transmiten de generación en generación
19. **Enfermedades Psiquiátricas de Base Orgánica:** Patologías mentales que se determinarán conforme la descripción de los trastornos mentales orgánicos establecidos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS) vigente.
20. **Exclusiones:** Son las prestaciones sanitarias, condiciones de salud y demás eventos que se encuentran expresamente no financiadas por SALUDSA al amparo del presente Contrato, y se detallan en el Anexo No. 5 Exclusiones.
21. **Financiamiento:** Es el valor económico que cubre SALUDSA respecto del valor total incurrido luego de aplicar el Deducible y las condiciones estipuladas en el Contrato de acuerdo a los montos y límites establecidos, porcentajes de Copago, y número de atenciones para cubrir las prestaciones sanitarias a través del Mecanismos de financiamiento de servicios de salud integral prepagada.
22. **Gasto Administrativo:** Corresponde al costo del proceso operativo asumido por el Usuario, en cada liquidación de gastos médicos.
23. **Honorarios Médicos:** Son los valores que se cubren por las técnicas e intervenciones realizadas por los médicos debidamente calificados durante la hospitalización.
24. **Ley Orgánica:** Ley Orgánica Que Regula A Las Companías Que Financien Servicios De Atención Integral De Salud Prepagada Y A Las De Seguros Que Oferten Cobertura De Seguros De Asistencia Médica.
25. **Mecanismos de Financiamiento de Servicios de Salud Integral Prepagada:** Procesos administrativos que emplea SALUDSA para brindar el financiamiento de las prestaciones sanitarias contratadas.
26. **Medicamento:** Fármaco prescrito por un profesional de la salud autorizado para hacerlo, que sea pertinente para el tratamiento, que se encuentre registrado en el vademécum farmacéutico utilizado por SALUDSA, tenga registro sanitario ecuatoriano y haya sido adquiridos en una farmacia autorizada.
27. **Monto Máximo Establecido para el Producto (Monto Máximo por Producto):** Es el valor de cobertura anual por Usuario establecido en el Producto y que constituye el valor económico máximo que podría ser financiado a través de los Mecanismos de financiamiento de servicios de salud integral prepagada a favor del Usuario, que a su vez contendrá los techos de montos por el conjunto de prestaciones contratadas.
28. **Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones:** Son los límites y sublímites a ser financiados a través del Mecanismos de financiamiento de servicios de salud integral prepagada, para prestaciones sanitarias cubiertas, que puede estar representado en valor económico, porcentaje de financiamiento respecto de ese valor, o número de prestaciones, el cual podrá estar determinado para una o varias prestaciones o condiciones específicas. Dichos límites y sublímites están incluidos en el Monto Máximo Establecido para el Producto, ya que no son valores adicionales. Una vez consumido este monto se restablecerá de forma anual y por cada usuario. No se sumarán entre sí aun cuando estén determinados por diferentes tipos de prestadores de servicios de salud.
29. **Nivel de Prestador:** Es la clasificación que realiza SALUDSA, respecto a la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados y según la cual se determina el valor límite de cada procedimiento que el prestador realice, en cada producto contratado.
30. **Nivel de Producto:** Es la denominación asignada por SALUDSA a cada producto, mediante la cual se diferencian Monto Máximo Establecido, Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones, el financiamiento de las prestaciones sanitarias, el porcentaje de financiamiento y el factor de conversión del tarifario por procedimiento según el Nivel del Prestador.

31. **Otros Prestadores de Servicios de Salud No Afiliados (Otros Prestadores de Servicios de Salud):** Son los prestadores de servicios de salud no comprendidos en la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados, ni en los Prestadores de Servicios de Salud Privados.
32. **Persona con Discapacidad:** Aquella que como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en una proporción equivalente al porcentaje de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad competente.
33. **Plan:** Documento técnico legal que establece las reglas generales que pueden aplican al Producto, Contrato y a sus anexos.
34. **Prestación Efectiva:** Todo procedimiento y/o servicio de atención de salud sustentada clínica y documentalmente, que se haya ejecutado a favor de un Usuario por parte de un prestador autorizado por la autoridad competente.
35. **Prestación Sanitaria o Prestación Médica:** Es la actividad o conjunto de actividades destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, recuperar y rehabilitar el estado de salud de las personas, que son brindadas por profesionales y establecimientos de servicios de salud, habilitados por la autoridad correspondiente, para el efecto, y de libre elección del paciente.
36. **Prestadores de Servicios de Salud Privados No Afiliados (Prestadores de Servicios de Salud Privados):** Son los prestadores de servicios de salud privados, que no tienen relación comercial con SALUDSA, (establecimientos, profesionales, servicios farmacéuticos y de apoyo diagnóstico) a quienes el Usuario puede acudir para recibir la prestación sanitaria en las modalidades abierta o de libre elección.
37. **Prevención Primaria:** Son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante la identificación de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes, que se realiza como parte de una consulta médica y se entenderán contenidas en la tarifa cero.
38. **Producto:** Es el conjunto de los servicios de financiamiento para la atención de salud integral prepagada que estarán a disposición del Contratante y cuyas especificaciones están detalladas en el Contrato y sus anexos respectivos.
39. **Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados:** Es la red de prestadores de servicios de salud que tengan suscrito un contrato con SALUDSA. Está compuesta por los establecimientos prestadores de servicios de salud, profesionales de la salud, otros profesionales relacionados con la salud servicios farmacéuticos, de apoyo diagnóstico y terapéutico.
40. **Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados Específicos (Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados):** Es la red de prestadores de servicios de salud que tengan suscrito un contrato con SALUDSA destinados a ofrecer prestaciones sanitarias específicas de acuerdo al Anexo No. 2 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.
41. **Servicios Médicos a Domicilio:** Son aquellas prestaciones, que por su nivel de complejidad, pueden ser aplicadas por profesionales calificados fuera de establecimientos prestadores de servicios de salud.
42. **Tarifario por Procedimiento:** Es el instrumento técnico definido por SALUDSA que permite establecer el monto de pago máximo para cada uno de los procedimientos médicos realizados en la atención de salud. Este instrumento permite calcular el valor económico financiado aplicando un factor de conversión al Nivel de Producto y de acuerdo al Nivel del Prestador, dicho valor se paga en función de los porcentajes de financiamientos establecidos en el Anexo No. 2 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.
43. **Urgencia Médica:** Es todo estado patológico de rápida instauración y condiciones de salud o patologías derivadas de circunstancias imprevistas o inevitables que no ponen en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que generan la necesidad imperiosa de recibir atención de salud.
44. **Usuario:** Para efectos del presente Contrato se podrá usar el término de Usuarios para referirse al Contratante y a los Beneficiarios.
45. **Valor Cubierto:** Monto resultante de haber aplicado el Tarifario del Procedimiento correspondiente al Valor Presentado.
46. **Valor Excedente:** Es el monto económico no financiado por SALUDSA por superar el monto máximo por producto establecido, por conjunto de prestaciones, o por superar el valor del tarifario de procedimiento
47. **Valor No Financiado o No Cubierto:** Es la suma de los valores presentados por exclusiones y por valor excedente.
48. **Valor Presentado:** Monto total facturado por el prestador de un servicio de salud, por prestación efectiva. Que deberá ser remitido a SALUDSA para otorgar el respectivo financiamiento.

CONTRATO TIPO PLAN INDIVIDUAL


CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA S.A.

ANEXO No. 5 EXCLUSIONES

EXCLUSIONES

El Usuario conoce y acepta que, el presente Contrato no incluirá el financiamiento por parte de SALUDSA, de las prestaciones sanitarias contenidas en este anexo, por lo tanto, SALUDSA no tendrá ninguna obligación de otorgar financiamiento entendiéndose por este cubrir o restituir costos y gastos de esos servicios cuando sean producto de o a consecuencia de lo que se detalla a continuación:

1. Cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por el contratante o el beneficiario y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la inclusión del beneficiario, y que no hayan sido declaradas en la suscripción del presente contrato o en la inclusión del beneficiario dentro del documento de "Declaración de preexistencias". Así como, las complicaciones y secuelas posteriores que se deriven de éstas.
2. Lesiones o afecciones causadas u originadas directa o indirectamente por terremotos, inundación, explosiones nucleares o radioactivas, energía atómica, y en general por desastres naturales o cualquier evento de la naturaleza, de similar de carácter catastrófico o extraordinario. Así como, guerra (declarada o no declarada), terrorismo, conmoción social, revolución, asonada, o secuelas por agresión externa en conmoción social y participación activa en huelgas y motines, sean estas ocurridas en el país o en el exterior.
3. Terapias de reposo, períodos de cuarentena, aislamiento, epidemias o pandemias declaradas oficialmente, cercos epidemiológicos, trastorno de la conducta alimentaria y del sueño, así como terapias de internación prolongada por trastornos psicológicos, psiquiátricos y por desintoxicación producto abuso de sustancias (drogas, psicotrópicos, estupefacientes, químico) o de intentos autolíticos.
4. Exámenes auxiliares diagnósticos, exámenes anatomopatológicos y tratamientos no inherentes a, o no necesarios para el diagnóstico de una enfermedad o lesión corporal, así como chequeos médicos, exámenes generales de salud distintos de los chequeos, controles y evaluación, establecida dentro de las prestaciones de tarifa cero según edad y género y vacunas. Realización de pruebas diagnósticas y estudios polisomnográficos.
5. Tratamientos de medicina natural, homeopática, ancestral, tradicional, bioenergética, experimental, colorimetría, moxibustión, así como aquellos brindados por especialidades médicas y otros tipos de tratamientos no reconocidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
6. Prestaciones sanitarias brindadas por prestadores que no correspondan al nivel de atención y complejidad autorizado por la Autoridad Sanitaria Nacional, así como las prestaciones brindadas en aquellos centros que no cuenten con los permisos de funcionamiento y habilitaciones respectivas.
7. Servicio de ambulancia sea terrestre, aéreo o fluvial que no sean prestados por servicios de transporte y asistencia sanitaria debida y legalmente autorizados como tales por la autoridad competente
8. Diagnóstico y/o tratamiento farmacológico y no farmacológico por: lesiones e incapacidades, relacionadas u originados por disfunciones sexuales, enfermedades mentales, psiquiátricas, nerviosas, estrés, trastorno de la actividad y de la atención, deficiencia del desarrollo psicomotor, terapias ocupacionales.
9. Enfermedades, urgencias o accidentes causados y/o provenientes del uso o consumo de estupefacientes o psicotrópicos, tales como: alucinógenos y los estimulantes; así como, de otras sustancias cuyo consumo reiterado puede crear dependencia. Tratamientos ambulatorio u hospitalario de rehabilitación por alcoholismo y/o uso, consumo y abuso de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, así como sus consecuencias y complicaciones.
10. Emergencias, urgencias y/o accidentes causados como producto de la participación directa en actos calificados como faltas a la ley, contravenciones y/o delitos.
11. Tratamientos por infertilidad, de reproducción humana asistida, inseminación artificial, fertilización o para recuperar la fertilidad, así como procedimientos de esterilización, métodos temporales o definitivos de planificación familiar. Contratación de servicios de almacenamiento de cordón umbilical, su sangre y/o componentes.
12. Cualquier tipo de trasplante de órganos, tejidos y células de carácter experimental que no haya sido aprobado por la autoridad competente, incluyendo gastos del donante y receptor. Gastos derivados del mantenimiento del donante cadavérico. Gastos por movilización de equipos médicos, órganos y células. Pruebas de compatibilidad. Se excluye la cobertura de cordones hematopoyéticos o células de donante heterólogo no emparentado en el extranjero o banco de cordones internacional.

- 
13. Daños causados a sí mismo (autoagresión) estando o no en uso de sus facultades mentales.
 14. Suministros de anteojos, lentes de contacto y tratamientos quirúrgicos o láser para corregir astigmatismo, miopía e hipermetropía.
 15. Audífonos, muletas, aparatos ortopédicos, prótesis de titanio, órtesis, fajas, corsés, ni adaptaciones de cualquiera de ellos. Equipos médicos para uso domiciliario, sillas de rueda, andadores.
 16. Cirugía plástica, exceptuando cirugía reconstructiva para lesiones por accidente ocurrido durante la vigencia del contrato, y cirugía reconstructiva como parte de la atención oncológica.
 17. Tratamientos cosméticos y estéticos, cremas cosméticas, protectores solares relacionados o no a tratamientos cosméticos, dispositivos desechables y fungibles para uso domiciliario, artículos de aseo personal de uso ambulatorio y/u hospitalario,
 18. Consultas, exámenes, tratamientos ambulatorios u hospitalizaciones, relacionados con desnutrición, bajo peso, sobrepeso, obesidad, trastornos alimenticios. Cirugía metabólica y/o para tratamiento de la obesidad, liposucción y dermolipectomía. Programación y suministro de dietas preparadas y refrigerios, complementos y/o suplementos alimenticios, reconstituyentes, suplementos vitamínicos y nutricionales
 19. Gastos de hospedaje y alimentación de acompañantes, teléfono, artículos de aseo personal en clínicas y hospitales, estancia materna por acompañamiento en la hospitalización de un neonato.
 20. Tratamiento farmacológico y no farmacológico y sus complicaciones para hipoestrogenismos secundarios, climaterio, menopausia.
 21. Productos farmacéuticos o medicamentos de venta libre que no requieren prescripción, suplementos vitamínicos, leches maternizadas, moduladores del sistema inmunológicos, medicinas y hormonas naturales y medicamentos sin registro sanitario nacional o prescritos por un profesional que no esté autorizado.
 22. Suministro de cualquier gas medicinal para uso domiciliario, estupefacientes.
 23. La compra, alquiler y/o adaptación de cualquier equipo o aparato médico para la medición, monitoreo, infusión de medicamentos, soporte de funciones vitales para uso domiciliario, así como los insumos y suministros necesarios para la utilización y funcionamiento.
 24. Atención odontológica del Usuario no titular que incluya: consultas odontológicas, evaluación de salud dentales, extracciones, prótesis e implantes dentales, ortopedia y ortodoncia dental; empastes y tratamiento dental en general; así como afecciones dentales, alveolares o gingivales y sus complicaciones. Ortopedia dental, ortodoncia y cirugía maxilofacial. Radiología odontológica.
 25. Prestaciones sanitarias ambulatorias no recogidas expresamente en el Contrato o el Anexo Detalle de Financiamiento.
 26. Atenciones médicas prestadas por personas naturales o jurídicas no acreditadas, calificadas y/o habilitadas por la autoridad competente para brindar dichas atenciones. Incluye personal complementario tales como, pero no limitados a: asesores, coaches, doulas, comadronas, parteras, shamanes, curanderos, fregadores, sobadores entre otros.

MUERTE ACCIDENTAL

LÍMITE DE EDAD

18 a 75 años cumplidos de edad.

INDEMNIZACIÓN

Se indemniza monto asegurado por muerte accidental ocurrida en cualquier parte del mundo, en cualquiera de los 365 días del año, provenientes de causas externas, súbitas, violentas e involuntarias.

EXCLUSIONES

- Enfermedades o lesiones que no fueron motivadas por accidente.
- Guerra declarada o no declarada, conmoción civil, revuelta popular, motín.
- Servicio en las Fuerzas Armadas, Ejército, Naval, Policía.
- Viajes aéreos en líneas no comerciales autorizadas para tráfico aéreo así como tripulación de cualquier aeronave.

DOCUMENTOS PROBATORIOS

- Partida de nacimiento del asegurado, formulario de reclamación.
- Partida de defunción del asegurado.
- Informe y certificado de los médicos tratantes.
- Certificado de inhumación y sepultura.
- Partida de nacimiento de los beneficiarios.
- Documento que compruebe la pertenencia del fallecido al grupo asegurado.

ENFERMEDADES GRAVES

LÍMITE DE EDAD

Para el ingreso máximo 65 años.

INDEMNIZACIÓN

- Cáncer (metastásico).
- Infarto al miocardio.
- Cirugía de Bypass.
- Derrame cerebral.
- Insuficiencia renal crónica.
- Quemaduras graves.
- Trasplante de órgano mayor.

QUEMADURAS GRAVES

Significa que cualquier lesión a tejidos por agentes térmicos, químicos o eléctricos que ocasionan quemaduras de tercer grado o de espesor total de por lo menos 20% de la superficie corporal.

Es medida por la Regla de los Nueves o el esquema de superficie corporal de Lund y Browder.

TRASPLANTE DE ÓRGANO MAYOR

Trasplante de órgano humano, de un donador a la Vida Asegurada de uno o más de los siguientes órganos:

Riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas o trasplante de médula ósea.

Se excluye el trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células.

TERMINACIÓN COBERTURA

Por terminación de contrato de medicina prepagada con SALUDSA.

Por recibir el beneficiario o titular el pago de la primera enfermedad grave.

EXCLUSIONES

- En cáncer cuando este es in situ no invasivo, cáncer de piel, con excepción del melanoma maligno.
- Tumores debido a presencia de VIH.
- En derrame cuando es ataque isquémico transitorio.
- En cirugía by pass cuando no requieren apertura del tórax u otros tratamientos por láser.
- Cuando la patología no ha sido cubierta en el plan de Asistencia Médica.

PERÍODO DE CARENCIA O SOBREVIVENCIA

No tiene período de carencia pero sí un período de sobrevivencia de 30 días a partir de la fecha del primer diagnóstico de una de las enfermedades.

DOCUMENTOS PROBATORIOS

- Partida de nacimiento del asegurado
- Formulario de reclamación
- Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio

- Certificado médico indicando el diagnóstico
- El aviso de siniestro deberá realizarse por escrito dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del primer diagnóstico comprobado de la existencia de alguna de las enfermedades descritas en este documento.

SEGURO DE VIDA

VIDA INDIVIDUAL

18 a 65 años paga 100%

65 a 70 años paga 50%

INDEMNIZACIÓN

Monto asegurado a los beneficiarios en caso de muerte por cualquier causa en cualquier parte del mundo

EXCLUSIONES

Suicidio o tentativa de suicidio los 2 primeros años

DOCUMENTOS PROBATORIOS

- Formulario de reclamación
- Partida de defunción
- Copia de cédula del asegurado
- Copia de cédula de los beneficiarios
- Certificado médico.
- Cualquier otro documento que Equivida considere necesario.

ASISTENCIA EXEQUIAL

EXCLUSIONES

No cubrimos catástrofes naturales, guerra, sedición, motín, huelga, asonada, declaradas o no.

Se cubrirán enfermedades preexistentes de acuerdo a las políticas de SALUDSA: Para ventas nuevas tiempo de carencias 12 meses, para la cartera actual sin carencia.

A) Servicio Exequial Nacional:

- Trámites legales ante las autoridades competentes, para la inhumación o cremación.
- Traslados a las salas de velación y al Parque Cementerio en cualquier ciudad del Ecuador.
- Servicio de tanatopraxia (arreglo del cuerpo).
- Formolización.
- Cofre metálico de corte lineal.
- Utilización de las Salas de Velación Jardines del Valle o filiales a nivel nacional, hasta por veinticuatro (24) horas, o servicio a domicilio.
- Decoración de las Salas de velación con tres arreglos florales.
- Celebración del servicio religioso del culto indicado por los familiares.
- Servicio de cafetería.
- Servicio de telefonía local.
- Transporte para acompañantes hasta para 15 personas, de la sala de velación al Parque Cementerio.
- Libro de oraciones.
- Rosario.
- Entrega de un libro de asistencia a las honras.
- Urna en filiales a nivel nacional, donde exista dicha modalidad.
- Los costos de la lápida y mantenimiento de cementerio serán asumidos por el familiar responsable según las regulaciones de cada cementerio y bajo sus políticas y reglamentos.

B) Detalle del servicio exequial internacional:

- Trámites Consulares legales para la repatriación al Ecuador.
 - Proveer un cofre hermético con las características requeridas para la repatriación.
 - Todos los costos de repatriación incluido el transporte aéreo al Ecuador.
 - Formolización.
 - Una vez realizada la repatriación, se otorgará en Ecuador el servicio exequial nacional detallado en el literal A).
 - La asistencia Exequial internacional incluye repatriación desde cualquier país del mundo, se tomará como referencia el valor de la repatriación desde España y cualquier valor adicional será asumido por el familiar responsable.
- Adicionalmente.- Si la situación lo requiere el servicio de velación se prestará a domicilio en las mismas condiciones que las numeradas en el literal A).



SALUDSA TRAVEL

Carencia

- Se activa 30 días después de la firma del contrato.

Coberturas

- Asistencia en Viajes en el exterior.
- Asistencia Médica por enfermedad o accidente en el exterior.
- Asistencia Mundial las 24 horas los 365 días.
- Montos de Cobertura de \$25.000 o \$50.000.
- Cobertura de odontología de urgencia.
- Cobertura de 45 días en el exterior.
- Número anual de viajes ilimitado.