

PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE ASISTENCIA MÉDICA

MAJOR MEDICAL WORLD ACCESS (GASTOS MAYORES ACCESO MUNDIAL)

CONDICIONES GENERALES

PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., en adelante la Compañía, en consideración a la solicitud presentada por el interesado, en adelante el Asegurado; y, a las declaraciones hechas en los cuestionarios adicionales, que sirven de base para la emisión de esta Póliza y forman parte integrante de la misma, de conformidad con las condiciones generales, especiales y particulares de la misma, en virtud del pago de la prima correspondiente, durante la vigencia de esta Póliza o sus renovaciones debidamente convenidas, cubre los siguientes riesgos:

SECCIÓN I. COBERTURA

La Compañía acuerda otorgar cobertura por las prestaciones sanitarias y/o beneficios aquí señaladas por los gastos médicos mayores elegibles incurridos por el Asegurado, sea titular o miembro de su Grupo Asegurado elegible, a causa de enfermedad o lesiones corporales ocurridas por accidente.

Los gastos elegibles por los servicios cubiertos que se describen a continuación, serán pagados en la cantidad y en el porcentaje establecidos en el cuadro de beneficios según plan contratado y sujetos a los deducibles, y a las exclusiones limitaciones y demás estipulaciones y condiciones de esta Póliza, de acuerdo a los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados, al área geográfica de cobertura y la fecha incurrida del gasto elegible por los servicios cubiertos.

PRESTACIONES SANITARIAS Y/O BENEFICIOS CUBIERTOS

Los gastos elegibles por las prestaciones y beneficios que se describen a continuación, serán cubiertos, según el plan contratado, en la cantidad y porcentaje establecidos en el cuadro de beneficios y sujetos a los deducibles, períodos de carencia, exclusiones, limitaciones y demás estipulaciones y condiciones de esta Póliza, de acuerdo a los tarifarios vigentes, al área geográfica de cobertura y la fecha incurrida del gasto elegible por las prestaciones y beneficios cubiertos, sin discriminación, por etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, afiliación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, por lo cual no habrá rechazo de cobertura, suscripción o renovación de los contratos.

- **ATENCIÓN HOSPITALARIA**

Para el pago de cualquier periodo de hospitalización se considerará el día vencido, es decir un periodo de veinticuatro (24) horas cumplidas y en donde el paciente sea hospitalizado para servicios hospitalarios y que permanezca al menos una noche. Todo servicio que se ingrese por un tiempo menor o estadía corta será considerado de carácter ambulatorio.

Los gastos médicos por internamiento en un hospital incluyen los siguientes rubros:

a.- Cuarto y alojamiento: Se cubrirá hasta el porcentaje fijado en el cuadro de beneficios, según plan contratado, por día, por los gastos de cuarto privado o semiprivado estándar, alimentos y cuidados generales de enfermera, recibidos durante la hospitalización, cuando el Asegurado reciba tratamiento en un hospital o cualquier otro centro médico autorizado. En caso contrario, se cubrirá hasta el valor contratado por este concepto, señalado en el cuadro de seguro, limitado al costo usual, razonable y acostumbrado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

b.- Unidad de cuidados intensivos (UCI): Se cubrirá la cantidad señalada en el cuadro de beneficios, según plan contratado, por el área especial segregada del hospital o cualquier otro centro médico autorizado designada y autorizada por las autoridades competentes para atender pacientes en estado crítico, la cual cuenta con equipo permanente y los suministros necesarios para el cuidado y tratamiento de estos pacientes. Se cubrirá el cien por ciento (100 %) de los cargos usuales, razonables y acostumbrados. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

c.- Acompañante de un menor hospitalizado: Se cubrirá la cantidad señalada en el cuadro de beneficios, según plan contratado, por noche, por cargos incluidos en la factura del hospital o cualquier otro centro médico autorizado, por la estancia durante la noche de un acompañante, en el mismo cuarto que ocupe un Asegurado menor de dieciocho (18) años que esté hospitalizado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

d.- Acompañante de un mayor hospitalizado: Se pagará hasta el valor señalado en el cuadro de seguro por 30 noches, por cargos incluidos en la factura del hospital o cualquier otro centro médico autorizado, por la estancia durante la noche de un acompañante, en el mismo cuarto que ocupe un Asegurado mayor de dieciocho (18) años que esté hospitalizado. Este beneficio puede ser coordinado con anticipación con la Compañía.

e.- Honorarios del cirujano y del médico asistente: Se cubrirá, según plan contratado, por los cargos del médico cirujano y del médico que asiste al cirujano principal para efectuar un procedimiento quirúrgico, cuando sea médicamente necesario. Los honorarios del cirujano y del médico asistente se

cubrirán de acuerdo a las tarifas usuales, razonables y acostumbradas o en base a tarifarios negociados por la Compañía con proveedores locales o internacionales, que se cobren en un área geográfica particular, por los procedimientos quirúrgicos que se presenten en la misma. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

f.- Honorarios del anestesiólogo: Se cubrirá, según plan contratado, por los cargos de la administración de anestesia durante un procedimiento quirúrgico o los servicios requeridos para el control del dolor, cuando sean médicamente necesarios. Los honorarios del anestesiólogo se cubrirán a las tarifas usuales, razonables y acostumbradas o en base a tarifarios negociados por la Compañía con proveedores locales o internacionales, que se cobren en un área geográfica particular. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

g.- Medicamentos recetados: Se cubrirá, según el plan contratado, por las drogas o medicamentos que tengan el debido registro sanitario, que sean indicados por un médico para tratar una condición cubierta por esta Póliza. Esta cobertura aplica solamente a los medicamentos que hayan sido recetados durante una hospitalización. Será necesario enviar una copia de la fórmula médica a la Compañía, junto con el reclamo.

La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Autoridad Sanitaria Nacional, y la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América ("FDA") o por las Agencias Reguladoras de Medicamentos y Productos de Salud de la Unión Europea, en caso de que el servicio sea prestado en Europa.

h.- Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes: Se cubrirá, según plan contratado, los exámenes de diagnóstico médicamente necesarios de acuerdo al diagnóstico ordenado por un médico especialista autorizado bajo las guías clínicas vigentes en el país o en el exterior, siempre que sean prescritos dentro del tratamiento hospitalario.

i.- Tratamiento de cáncer: Se cubrirá, según plan contratado, los exámenes de diagnóstico, honorarios de especialistas, radioterapia, quimioterapia, cirugía reconstructiva, rehabilitación y costos del hospital o en cualquier otro centro médico autorizado en donde se realice el tratamiento del cáncer. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

j.- Diálisis: Se cubrirá, según plan contratado, la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y cualquier otro tipo de diálisis, realizada en un hospital o en cualquier otro centro médico autorizado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

k.- Prótesis e instrumentos correctivos: Se cubrirá, según plan contratado, las prótesis e instrumentos correctivos, siempre que sean médicamente necesarios e implantados durante una cirugía. Este beneficio debe ser

coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

1.- Trasplante de órganos: Se cubrirá la cantidad señalada en el cuadro de beneficios, según plan contratado, por el procedimiento en el que un órgano, tejido o las células de un donante humano son implantados en un receptor humano. En caso de los auto trasplantes, el mismo individuo funciona como donante y como receptor. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía, quién puede solicitar una segunda opinión médica, una vez que un médico ha determinado y documentado la necesidad de trasplantar un órgano o tejido humano.

Los trasplantes de órganos se cubrirán únicamente cuando sean prestados en instalaciones dentro de la Red de Proveedores de Trasplantes de la Compañía.

La cobertura máxima es por Asegurado, de por vida, mientras esta Póliza esté vigente. La cobertura máxima para procedimientos de trasplantes incluye las tres etapas siguientes:

- Etapa previa al trasplante: Esta incluye la asistencia médica y los exámenes médicos necesarios para obtener un diagnóstico, así como la evaluación y preparación del Asegurado que va a recibir el trasplante de órganos, tejidos o células.

Los gastos del proceso de donación por trasplante, están incluidos en la cantidad del beneficio máximo por trasplante, de por vida, mientras esta Póliza esté vigente. Este valor está destinado a cubrir los costos de los procedimientos médicos y quirúrgicos relacionados con la donación de los órganos, tejidos o células, todos de origen humano, incluyendo los costos en que incurra el donante humano vivo, así como el transporte y almacenaje de los órganos, tejidos o células donadas. El donante humano vivo no necesita estar asegurado por la Compañía.

- Etapa del trasplante: Incluye los procedimientos médicos y quirúrgicos realizados durante el trasplante.
- Etapa posterior al trasplante: Incluye los procedimientos de seguimiento médico o quirúrgico posteriores al trasplante y cualquier tratamiento que se haga necesario debido a complicaciones del mismo, así como los medicamentos necesarios para mantener el buen funcionamiento del órgano o tejido trasplantado, tales como drogas inmuno-reguladoras. Sin embargo, todo tratamiento médico o quirúrgico relacionado con la condición médica que generó la necesidad del trasplante quedará excluido de cobertura una vez agotado el beneficio máximo vitalicio de trasplante de órgano.

1. ATENCIÓN DE EMERGENCIA

La atención de emergencia tanto por accidente como por enfermedad deberá otorgarse en cualquier establecimiento de salud, al momento del requerimiento efectuado por el prestador del servicio de salud. Sin embargo, en caso de que el Asegurado no esté 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.

Los gastos médicos elegibles por atención de emergencia incluyen los servicios del personal médico, materiales, insumos, equipos médicos y los medicamentos necesarios para la estabilización del paciente y serán cubiertos de la siguiente forma:

- a. **Emergencias por accidente:** Se cubrirá la cantidad señalada en el cuadro de beneficios, según el plan contratado, por los gastos médicos incurridos por la atención y suministros proporcionados, en el área de emergencias de un hospital o por la atención de emergencias médicas ambulatorias, si estrictamente el caso lo requiere, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido un accidente que cause una lesión externa o interna, producida de forma traumática que incluye pero no se limita a esguinces, quemaduras, fracturas, luxaciones, mordeduras o lesiones causadas por animales, heridas cortantes, penetrantes, punzo cortantes, contusas y por arma de fuego, cuerpo extraño en cualquier órgano o cavidad natural, así como cualquier otro accidente que requiera atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida o daños graves a la salud. Si el Asegurado es hospitalizado a consecuencia de esta emergencia la cobertura aplicará como hospitalaria en el momento que abandone la sala de emergencias.
- b. **Emergencias por enfermedad:** Se cubrirá la cantidad señalada en el cuadro de beneficios, según el plan contratado, por los gastos médicos incurridos por la atención y suministros proporcionados, en el área de emergencias de un hospital o por la atención de emergencias médicas ambulatorias, si estrictamente el caso lo requiere, a consecuencia de las siguientes enfermedades: crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, dolor precordial (primeras 12 horas), fiebre alta continua en menores de cinco (5) años, crisis asmática, pérdida de conocimiento obnubilación, dolor abdominal agudo, cólico biliar, hemorragias, insuficiencias respiratorias agudas, deshidratación, intoxicación aguda, cólico nefrouretral, trombosis, vómito o diarreas severas, convulsiones, reacciones alérgicas agudas, retención aguda de orina, infarto del miocardio, episodios neurológicos agudos, estado de choque (shock) de cualquier orden, estado de coma, así como cualquier otra condición o enfermedad que requiera atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida o daños graves a la salud. Si el Asegurado es hospitalizado a consecuencia de esta emergencia la cobertura aplicará como hospitalaria en el momento que abandone la sala de emergencias.

En caso de que un Asegurado utilice el área de emergencias por una enfermedad o accidente no incluidos en el listado de diagnósticos o condiciones médicas elegibles para cobertura en esta área, o por una enfermedad o accidente que no ponga en peligro la vida o comprometa de manera severa la salud del Asegurado al no dar la atención médica de manera inmediata, el Asegurado deberá pagar el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos y luego presentar a la Compañía para su correspondiente reembolso, que se realizará de acuerdo a lo establecido en el cuadro de beneficios, según el plan contratado, relacionados a los costos y coberturas de consulta externa y servicios médicos ambulatorios. No se cubrirán los costos de transporte en ambulancia si su diagnóstico no justifica dicho servicio.

2. ATENCIÓN AMBULATORIA

Atención ambulatoria profesional en medicina general, especialidades y sub-especialidades practicadas en los diferentes establecimientos de salud y a domicilio cuando el estado de salud del Asegurado lo justifique. Incluye cobertura en derivaciones, interconsultas, insumos médicos, medicamentos, y terapias, para lograr detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, curaciones, cuidados paliativos y de largo plazo, que sean necesarios para la atención integral de salud del Asegurado.

Los servicios y prestaciones, deberá estar fundamentados en medicina basada en evidencia y en la oferta y tecnología sanitarias aprobadas y disponibles en el país o en el exterior, de acuerdo con el plan contratado.

Los gastos médicos por atención ambulatoria incluyen los siguientes rubros:

a.- Visitas a médicos y especialistas: Se cubrirá conforme el cuadro de beneficios, según plan contratado, los honorarios por visitas en consultorio o cualquier otro centro médico autorizado por atención de médicos y especialistas

b.- Visitas a la sala de emergencia: Se cubrirá conforme el cuadro de beneficios, según plan contratado, las visitas en la sala de emergencia cuando sea médicamente necesario, debido a la severidad de una enfermedad o lesión,

c.- Tratamiento de cáncer: Se cubrirá los exámenes de diagnóstico, honorarios de especialistas, radioterapia, quimioterapia y costos de los servicios médicos ambulatorios autorizados, en donde se otorgue el tratamiento del cáncer. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

d.- Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes:

Se cubrirá los exámenes de diagnóstico ambulatorios médicamente necesarios de acuerdo al diagnóstico ordenado por un médico especialista autorizado bajo las guías clínicas vigentes en el país o en el exterior, siempre que sean prescritos dentro del tratamiento hospitalario, de acuerdo a cuadro de beneficios según plan contratado.

e.- Diálisis: Se cubrirá, según plan contratado, la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y cualquier otro tipo de diálisis, realizada de manera ambulatoria, Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

f.- Medicamentos recetados: Se cubrirá, según el plan contratado, por las drogas o medicamentos que tengan el debido registro sanitario, que sean indicados por un médico para tratar una condición cubierta por esta Póliza. Esta cobertura aplica solamente a los medicamentos que hayan sido recetados después de una cirugía ambulatoria. Se cubrirá además, el medicamento recetado por una condición cubierta, tratada en forma ambulatoria. Será necesario enviar una copia de la fórmula médica a la Compañía, junto con el reclamo.

La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Autoridad Sanitaria Nacional, y la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América ("FDA") o por las Agencias Reguladoras de Medicamentos y Productos de Salud de la Unión Europea, en caso de que el servicio sea prestado en Europa.

g.- Cobertura para tratamientos de enfermedades crónicas y catastróficas: La quimioterapia, radioterapia, inmuno-reguladores, y medicamentos altamente especializados estarán cubiertos de acuerdo con los límites establecidos en el Cuadro de Coberturas y las Exclusiones Generales de esta Póliza, así como las exclusiones, restricciones y/o limitantes específicas contenidas en la carátula de la Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por La Compañía. Los medicamentos altamente especializados incluyen pero no están limitados a los siguientes: Interferon, Procrit, Avonex, Embrel, Humira and Rituximab, tratamientos para la Hepatitis.

h.- Terapia Física Mio-Neurorestaurativa: Se cubrirá de acuerdo al cuadro de beneficios, según el plan contratado, los gastos elegibles médicamente necesarios y sujetos a la autorización de la Compañía, que recuperen o mantengan, si es posible, el estado de salud en que se encontraba antes del padecimiento de una enfermedad o lesión por un accidente cubierto por esta Póliza y a consecuencia del cual dicho estado se ha deteriorado. Se requiere que el médico tratante envíe un programa previamente definido y por escrito, documentando la duración específica y preestablecida y apoyada por un informe. El servicio debe ser brindado por un profesional idóneo y que no sea un familiar del Asegurado.

i.- Cuidados de salud en el hogar: Se cubrirá la cantidad señalada en el cuadro de beneficios, según plan contratado, por un profesional licenciado, (médico, enfermero/a, terapeuta u otro auxiliar médico debidamente acreditado). por período inicial de hasta treinta (30) días durante un año

Póliza. Para su aprobación, debe presentarse un plan de tratamiento a la Compañía. Puede aprobarse una extensión si se considera médicamente necesaria. Este beneficio y cualquier extensión otorgada pueden ser coordinados con anticipación con la Compañía.

j.- Equipo médico duradero: Se cubrirá la cantidad señalada en el cuadro de beneficios, según plan contratado, para equipos médicos ordenados por un médico especialista y diseñados para uso continuo, médicamente necesarios para mejorar el funcionamiento de una malformación del organismo, tratamiento de una enfermedad, o para impedir un mayor deterioro de la condición médica de un Asegurado. Equipo médico duradero incluye, pero no está limitado a sillas de ruedas, camas de hospital, respiradores, y otros equipos similares.

k.- Enfermedades de transmisión sexual: Desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano ('VPH') y las enfermedades de transmisión sexual, de acuerdo a lo estipulado en el cuadro de beneficios.

l. VIH/SIDA de por vida: Todo costo por enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA y sus complicaciones, tendrán cobertura de por vida hasta el límite señalado en el cuadro de seguro, dentro de la vigencia de esta Póliza, si se comprueba médicamente que el virus fue adquirido después de la fecha efectiva de esta Póliza.

Existe un período de carencia de dos (2) meses para este beneficio, contados desde la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza. Este período de carencia nunca será exonerado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

m.- Cuidados de podología: para el tratamiento de desórdenes del pie, incluyendo pero no limitado a fascitis plantar, juanetes, tumores, verrugas plantares, Hallux valgus, neuroma de Morton, pies planos, y dedo de martillo, debilidad de los pies, "pedicure" y zapatos especiales o plantillas.

m.- Prótesis, órtesis: Se cubrirá, según plan contratado, cuando sea médicamente necesario, aditamentos, órtesis, prótesis, ayudas técnicas en rehabilitación y sistemas de movilidad. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

n. Terapias complementarias: Se pagará de acuerdo al límite señalado en el cuadro de seguro, hasta un máximo de veinte (20) sesiones durante un año Póliza para los servicios de un quiropráctico, psiquiatra o psicólogo, que sean necesarios debido a la complicación de una condición cubierta por esta Póliza. Esta cobertura debe ser coordinada y aprobada con anticipación por la Compañía.

o. Exámenes médicos preventivos: Se pagará hasta el valor señalado en el cuadro de seguro, para exámenes médicos preventivos. Este beneficio puede

cubrir procedimientos o exámenes de diagnóstico y vacunas. Para este beneficio no aplica deducible.

3. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

a. PREVENCIÓN PRIMARIA (TARIFA CERO): Se cubrirá la cantidad señalada en el cuadro de beneficios, según el plan y con cargo a la tarifa contratada, las prestaciones de prevención primaria, determinadas y reguladas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

b. PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA: Se cubrirá la cantidad señalada en el cuadro de beneficios, según el plan contratado, las prestaciones de prevenciones secundarias y terciarias, determinadas y reguladas por la Autoridad Sanitaria Nacional, tales como, pero no limitadas a salud dental, asesoría nutricional, consultas psicológicas, siempre y cuando sean otorgadas por un médico de la respectiva especialidad.

4. BENEFICIOS ADICIONALES

a. PREEXISTENCIAS: Se cubrirá, sujeto a lo previsto en la Ley de la materia y normativa vigente, respecto a límites máximos y períodos de carencia, señalados en el cuadro de beneficios, los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados para el tratamiento de enfermedades preexistentes, consideradas así a cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por el Asegurado, sea titular o familiar dependiente, y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación de dicho Asegurado. Así mismo, se considerará enfermedades preexistentes las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión preexistente.

Las enfermedades preexistentes debidamente declaradas, recibirán obligatoriamente cobertura, se detallará en el cuadro de beneficios así como la determinación del período de carencia.

El monto de cobertura podrá ser ampliado y el período de carencia reducido, en virtud del plan contratado.

b. PERSONAS CON DISCAPACIDAD: Se cubrirá la cantidad señalada en el cuadro de beneficios, según plan contratado, por atención médica proporcionada a las personas con discapacidad, debidamente acreditadas, sujeto a lo previsto en la Ley de la materia y normativa vigente, respecto a límites máximos y períodos de carencia.

c. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CATASTRÓFICAS SOBREVINIENTES A LA CONTRATACIÓN: Se cubrirá los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados para el tratamiento de enfermedades crónicas

y catastróficas sobrevinientes a la contratación, nombradas y determinadas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

La Compañía no incrementará las primas al Asegurado en forma individual, ante el apareamiento de enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes a la contratación y no le negará la renovación de los contratos por dichas causas.

d. CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS QUE SE MANIFIESTEN ANTES DE LOS DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD: Se pagará hasta un máximo indicado en el cuadro de beneficios según plan contratado, por Asegurado, de por vida, por enfermedades congénitas y hereditarias que se manifiesten por primera vez antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad y después de la fecha efectiva de la cobertura de dicho Asegurado; siempre y cuando hayan nacido bajo póliza.

e. CONDICIONES CONGÉNITAS DETECTADAS A LOS DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD O DESPUÉS: Los beneficios por enfermedades congénitas que se manifiesten después de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad y después de la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado, se cubrirán hasta un máximo indicado en el cuadro de beneficios según plan contratado de la Póliza de por vida. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anterioridad por la Compañía; siempre y cuando hayan nacido bajo póliza.

f. CUIDADOS DE MATERNIDAD PARA TITULARES Y CÓNYUGES:

Se pagará hasta el valor señalado en el Cuadro de Beneficio de la póliza, por evento, para un parto normal, cesárea electiva y cuidados pre-natales. Existe un periodo de espera de dos meses (2) para este beneficio a partir de la fecha de efectividad de la cobertura de la madre asegurada bajo esta póliza. Este período de espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea exonerado por escrito por la compañía. Para que este beneficio sea evaluado se requerirá historia obstétrica completa del embarazo en curso y de todos los embarazos anteriores, que incluya forma de concepción del embarazo. Esta cobertura sólo está disponible para los Embarazos Cubiertos bajo las opciones de deducible I y II (\$1,000 y \$ 2,000) y para aquellas maternidades donde este beneficio no se encuentre explícitamente excluido. Para este beneficio no aplica deducible.

g. CUIDADOS DE MATERNIDAD PARA HIJAS DEPENDIENTES:

De conformidad con lo que al respecto establece la Póliza, se entenderá que la cobertura aplicará para hijas dependientes menores de 24 años de edad si cumplen todos los siguientes requisitos:

- Que el plan actual bajo la póliza del Asegurado Principal ofrezca el beneficio de maternidad, es decir Planes I y II (Deducibles de US \$ 1,000 y US \$ 2,000).
- Que la dependiente haya estado asegurada en la póliza por al menos 10 meses.
- Debe de notificar a la compañía por escrito sobre el embarazo de la dependiente dentro de los primeros 90 días del mismo.
- Las hijas dependientes menores de 18 años de edad pagaran desde ese momento la tarifa de adulto establecida en la Póliza.
- Las hijas dependientes mayores de 18 años estarán obligadas a obtener su propia póliza individual antes de que ocurra el nacimiento, la cual será emitida con las mismas restricciones y condiciones de la póliza previa, la nueva póliza será aprobada sin pasar por evaluación de riesgo, siempre y cuando la dependiente opte por un producto de igual o menores beneficios. En caso de optar por un plan de mayores beneficios, la Compañía se reserva el derecho de aprobarlo o no y de ser aprobado.

h. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO:

- **Adición automática:** Un niño que haya nacido de una maternidad cubierta, únicamente para Planes I y II y de acuerdo a la definición en esta Póliza, podrá ser adicionado a la Póliza como dependiente sin pasar por evaluación de riesgo. Para dicho propósito, la Compañía habrá de recibir una nota que contenga el nombre del niño, el sexo y la fecha de nacimiento del mismo dentro de un período de noventa (90) días después de su fecha de nacimiento, junto con el pago de la prima correspondiente.

La cobertura del recién nacido cobrará efecto a partir de su fecha de nacimiento, sin que exista período de espera.

En caso que el recién nacido sea completamente sano, se otorgará cobertura de control, de acuerdo a cuadro de beneficios según plan contratado.

- **Adición NO automática:** La adición de un Recién Nacido en la Póliza estará sujeto a evaluación de riesgo cuando ocurre lo siguiente:

Cuando la Compañía reciba la notificación de un nacimiento o el pago de la prima después de los 90 días siguientes a la fecha del nacimiento; o

Cuando el Recién Nacido nazca de un embarazo no cubierto por la Póliza; o

Cuando el Recién Nacido sea producto de un embarazo concebido bajo métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida, o de tratamiento de infertilidad.

Si de esta maternidad no cubierta, el recién nacido padece condiciones congénitas, genéticas o hereditarias, la cobertura será de acuerdo al cuadro de beneficios según plan contratado.

Si de esta maternidad cubierta, el recién nacido no es incluido en esta Póliza hasta dentro de treinta (30) días, desde la fecha de su nacimiento, la cobertura se limitará hasta el día veintiocho (28), y cuya cobertura estará estipulada en cuadro de beneficios según plan contratado.

i.- COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO ENFERMO DE UNA MATERNIDAD CUBIERTA.

La COMPAÑÍA pagará el monto máximo indicado de por vida en el Cuadro de coberturas en caso de complicaciones del embarazo y enfermedades del Recién Nacido, que hayan sido diagnosticadas durante los primeros 30 días de vida (no causadas por Enfermedades Congénitas o Hereditarias) tales como dificultades respiratorias, prematuridad, hipoglicemia, bajo peso y trauma del nacimiento.

Existe un período de espera de dos (2) meses para iniciar el embarazo, este beneficio a partir de la fecha de efectividad de la cobertura de la madre asegurada bajo esta póliza. Este período de espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea exonerado por escrito por LA COMPAÑÍA. Para que este beneficio sea evaluado se requerirá historia obstétrica completa de embarazo en curso y de todos los embarazos anteriores, que incluya forma de concepción del embarazo. Esta cobertura solo está disponible para los Embarazos Cubiertos bajo las opciones de deducible I y II (US\$1,000 y US\$2,000 deducible) y para aquellas maternidades donde este beneficio no se encuentre explícitamente excluido por un endoso. Para este beneficio no aplica deducible.

Para que la Compañía provea dichos beneficios, el niño debe haber sido adicionado a la Póliza y la prima correspondiente pagada.

Existe un periodo de carencia de dos (2) meses para inicio de embarazo, contados desde la fecha efectiva de la cobertura de la madre asegurada bajo esta Póliza. Este periodo de carencia siempre se aplicará.

Esta cobertura sólo está disponible para los Planes I y II. Para este beneficio no aplica deducible.

j.- COMPLICACIONES DEL EMBARAZO DE UNA MATERNIDAD NO CUBIERTA: Las complicaciones médicas derivadas de una maternidad no cubierta por esta póliza, no tendrán cobertura, bajo ningún plan.

k.- CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO ENFERMO DE UNA MATERNIDAD NO CUBIERTA: Las coberturas para el recién nacido de una maternidad no cubierta, estará determinada y descrita en el cuadro de beneficios según plan contratado, tanto para gastos dentro de los 28 días, como para cobertura de congénitas, genéticas y hereditarias.

l.- AMBULANCIA (AÉREA O TERRESTRE): Se pagará un máximo de hasta el valor señalado en el cuadro de seguro, por la transportación aérea o terrestre de emergencia cuando:

- El diagnóstico del Asegurado esté relacionado con una condición cubierta por esta Póliza.
- Las necesidades técnico científicas y complejidad del tratamiento requerido exceden la capacidad técnico científica del sitio donde se encuentre el Asegurado en el momento que se requiera el beneficio.
- El transporte por cualquier otro medio puede poner en riesgo la vida o la integridad física del Asegurado.
- El transporte lo presta una entidad autorizada para dicho propósito.
- El Asegurado es transportado a la instalación médica más cercana donde se pueda proporcionar el tratamiento adecuado para su condición médica.

Toda transportación vía ambulancia aérea debe ser coordinada con anterioridad con la Compañía. Cuando un Asegurado ha sido originalmente transportado fuera de su país de residencia por medio de una ambulancia aérea pagada por la Compañía, ésta última, y sólo cuando sea médicamente necesario, podrá aprobar el retorno del Asegurado a su país de residencia vía ambulancia aérea.

La Compañía no pagará indemnizaciones por Ambulancia (aérea o terrestre) cuando el Servicio no haya sido previamente autorizado por ésta. Para este beneficio no aplica deducible.

La Compañía no es responsable por complicaciones que resulten de la negligencia de los proveedores de servicios de transporte o sus afiliados, incluyendo retrasos o restricciones de vuelo.

m.- DEPORTES Y AFICIONES PELIGROSAS: Son las actividades que aumentan el riesgo de muerte o enfermedad de las personas que las practican. Los cargos resultantes de Accidentes relacionados con actividades peligrosas y la práctica no profesional de deportes serán

cubiertos. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a: buceo, tauromaquia, escalada de rocas, paracaidismo, salto de gran altura en caída libre con una cuerda elástica atada al cuerpo, parapente, paravela, ciclismo de montaña y todoterreno. La práctica profesional de cualquier deporte debe ser declarada en la solicitud de seguro.

n.- TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Esta Póliza solamente cubrirá tratamientos dentales médicamente necesarios para restaurar dientes dañados debido a un accidente. El tratamiento debe iniciar dentro del período de ciento veinte (120) días siguientes a la fecha de ocurrencia de la condición cubierta.

o.- CUIDADOS CON FINES PALIATIVOS. Cuidados para el paciente crónico somático que sufre un proceso patológico incurable, que para mejorar su calidad de vida conviene tratarlo en forma integral, fundamentalmente a nivel de su domicilio y/o unidad de cuidados paliativos, con la participación activa del núcleo familiar, el cual comprende cuidados físicos, psicológicos y de enfermería. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía

p.- REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: Si un Asegurado fallece fuera de su país de residencia y la causa de su muerte es debido a una condición cubierta por la Póliza, la Compañía cubrirá hasta el valor señalado en el cuadro de seguro, de por vida, los costos básicos en que se incurran en el proceso de repatriación de sus restos mortales o de sus restos mortales cremados, de acuerdo a lo que requieran las autoridades pertinentes. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

q.- TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: La Compañía cubrirá todo costo proveniente de procedimientos médicos o quirúrgicos de emergencia que se deriven de una condición cubierta por la Póliza.

SECCIÓN II. - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta Póliza no otorga cobertura para:

1. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de enfermedad o lesión que no sea:
 - a) Medicamento necesario.
 - b) Indicado por un médico.
 - c) Prestado por un médico licenciado o por un profesional calificado como idóneo en el país donde se da la atención médica.
 - d) Probado científicamente o que esté todavía en la fase investigativa, o experimentación en seres humanos, o en el proceso de ensayo clínico, así como aprobados y debidamente habilitados por la Autoridad Sanitaria Nacional, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) o por las Agencias Reguladoras de Medicamentos y

Productos de Salud de la Unión Europea, en caso de que el servicio sea prestado en Europa.

2. Condiciones preexistentes no declaradas, las cuales se tramitarán de acuerdo a lo estipulado en la ley vigente que regula este proceso.
3. Complicaciones médicas relacionadas con cualquier condición excluida por esta Póliza.
4. Costos médicos no relacionados con una enfermedad de origen infeccioso o con lesiones originadas por accidentes ocurridos dentro de los primeros sesenta (60) días posteriores a la fecha efectiva de la Póliza, a no ser que el periodo de carencia haya sido expresamente exonerado por la Compañía.
5. Cuidados de maternidad o del recién nacido que sea de una maternidad no cubierta por esta póliza, por cual no tendrá la cobertura del monto máximo estipulado para este beneficios; sino cobertura parcial indicada en el cuadro de beneficios.
6. Complicaciones de embarazos o de recién nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.
7. Terminación electiva no terapéutica del embarazo y sus complicaciones y consecuencias inmediatas y posteriores.
8. Exámenes médicos de rutina, que no se encuentren especificados en el cuadro de beneficios
9. Costos que excedan lo usual, razonable y acostumbrado (URA) por un servicio o suministro médico determinado, teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia del mismo.
10. Lesiones o enfermedades causadas por una infracción penal dolosa y que ésta constituya la causa del siniestro, tales como pero no limitadas a: participar en guerras, motines, conmoción civil, huelgas o actividades ilegales, incluyendo el encarcelamiento resultante.
11. Tratamiento de lesiones y sus complicaciones y secuelas sufridas por un Asegurado mientras es miembro activo de una unidad de seguridad pública policial o militar.
12. Tratamiento por lesiones o enfermedades causadas a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o privado de su capacidad mental, o causadas por el uso o bajo la influencia del alcohol, las drogas, las sustancias ilegales, o el uso inapropiado de medicamentos.
13. Pandemias declaradas por el Ministerio de Salud o bien de la entidad homóloga

en cualquier otro país donde el Asegurado se encuentre.

14. Hospitalizaciones por servicios que puedan efectuarse de forma ambulatoria u hospitalizaciones de más de veintitrés (23) horas previas a una cirugía programada.
15. Cuidados de custodia y costos relacionados con servicios o suministros usados comúnmente en el hogar.
16. Equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Compañía los apruebe expresamente.
17. Suplementos alimenticios, a no ser que se requieran para darle sustento a un Asegurado que esté hospitalizado.
18. Medicamentos sin receta médica y sin registro sanitario.
19. Reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes del oído, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo los términos de esta Póliza.
20. Exámenes auditivos de rutina, dispositivos para la audición, exámenes oculares, anteojos, lentes de contacto, y/u otros procedimientos o dispositivos para corregir desórdenes de la refracción visual.
21. No se cubre medicina homeopática y/o bioenergética, excepto cuando sea provista por médicos titulados. La medicina debe tener registro sanitario en el Ecuador, que no sea experimental y que su tratamiento sea bajo guías clínicas autorizadas y sus componentes y principio activos sean exclusivos de tratamiento de la enfermedad (no se cubre medicinas y/o productos alternativos cuyo tratamiento corresponda a preventivo, de inmunoestimulación o drenajes orgánicos generales) toda medicina alternativa debe ser expedida por un proveedor con RUC abalizado para dicha actividad económica.
22. Tratamiento dental no relacionado con un accidente cubierto por esta Póliza o cuando un tratamiento dental cubierto por la Póliza comienza después de ciento veinte (120) días de la fecha del accidente cubierto por la Póliza.
23. Tratamientos del maxilar superior, la mandíbula, la articulación temporomandibular y su complejo de músculos, nervios, y otros tejidos conectivos relacionados con la misma, a menos que sean secundarios al tratamiento de cáncer o un accidente cubierto por esta Póliza.
24. Esterilización masculina o femenina, la reversión de la esterilización, tratamiento de infertilidad, el control de la natalidad, métodos anticonceptivos o micro abortivos, los procedimientos para el cambio de sexo, tratamiento de disfunción eréctil.

25. Tratamiento médico o quirúrgico por lesiones o condiciones médicas, sus complicaciones y secuelas, relacionadas con la participación del Asegurado en la práctica profesional de deportes por la que reciba compensación y que constituya la mayor parte de su fuente de ingreso.
26. Tratamiento por trastornos del sueño, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, alopecia, y trastornos de conducta o de aprendizaje.
27. Trastornos psiquiátricos o psicológicos, excepto si los mismos son necesarios para tratar la complicación de una condición médica cubierta por la Póliza o que se encuentre detallada en el cuadro de beneficios según plan contratado.
28. Tratamiento para obesidad o para el control del peso corporal y sus complicaciones y secuelas, a menos que se encuentre señalado en el cuadro de beneficios.
29. Tratamientos médicos cuyo propósito principal sea de carácter estético, sus complicaciones y secuelas, esto incluye cualquier tratamiento por deformidades nasales o del tabique nasal que no esté relacionado con un accidente cubierto por esta Póliza, con la excepción de los casos en que dichos tratamientos sean médicamente indicados durante o después del tratamiento de una lesión o enfermedad que haya ocurrido posteriormente a la fecha efectiva de la Póliza y que este cubierta bajo sus condiciones.
30. Tratamientos con estimuladores del crecimiento óseo o con hormonas de crecimiento y sus complicaciones y secuelas.
31. Servicios médicos proporcionados por cónyuges o por parientes del Asegurado hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquiera otra persona que conviva con el Asegurado.
32. Tratamientos relacionados con procedimientos de implantes artificiales u órganos procedentes de animales. Los costos de la criopreservación por espacio de más de veinticuatro (24) horas, la preservación de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula, excepto según provea esta Póliza bajo sus términos y restricciones.
33. Cualquier tratamiento médico quirúrgico relacionado con la condición médica que generó el trasplante de órgano, una vez agotado el beneficio máximo vitalicio del trasplante.

SECCION III. DEFINICIONES

ACCIDENTE: Suceso imprevisto, repentino y fortuito, originado por una causa externa independientemente de la voluntad del Asegurado o de cualquier persona, que estando en vigencia esta Póliza cause a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. Para ser considerado como accidente,

se requerirá que la lesión o el trauma sufrido como consecuencia del mismo, requiera atención médica inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al suceso.

ACCIDENTE GRAVE: Accidente que resulte en lesiones corporales que requieren hospitalización inmediata por un periodo de más de veintitrés (23) horas para evitar la pérdida de la vida o la integridad física del Asegurado. La clasificación de accidente grave la determinan, por acuerdo mutuo, el médico que atiende al Asegurado y los profesionales médicos de la Compañía, después de haber recibido la información médica completa documentando el accidente.

AGENCIA DE CUIDADO DOMICILIARIO: Entidad legalmente constituida y autorizada que provee el servicio de cuidados en la residencia de un paciente mediante la contratación de enfermeras idóneas, tituladas que proveen servicios de un programa de cuidados médicamente necesarios al paciente.

AMBULANCIA: Transporte de emergencia terrestre, fluvial o aéreo, destinado, equipado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades que ponga en riesgo la vida o comprometa el estado de salud del Asegurado.

AÑO CALENDARIO: Período de doce (12) meses consecutivos, transcurridos entre el primero (1ro.) de enero al treinta y uno (31) de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA: Período de doce (12) meses consecutivos que comienza a partir de la fecha efectiva de esta Póliza.

APARATOS ORTOTICOS: Aditamentos externos que restringen, eliminan o redirigen el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo, como por ejemplo: abrazaderas, braceros, corsets, férulas, yesos para ligamentos lastimados, etc.

ASEGURADO/BENEFICIARIO: Asegurado Principal y sus familiares dependientes asegurados, indicados en la solicitud de seguro aprobada por la Compañía y quienes gozan de los beneficios y coberturas establecidos en esta Póliza, que forman parte del grupo asegurado.

ASEGURADO PRINCIPAL: El solicitante que completa y firma la solicitud de seguro y para quién la Compañía ha aprobado y emitido esta Póliza de seguro de asistencia médica. Dicha persona tiene la autoridad de solicitar cambios en esta Póliza y puede recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos bajo la misma, así como el reembolso de la prima no devengada en el caso de la cancelación de esta Póliza.

ASISTENCIA QUIRÚRGICA O ASISTENTE DE CIRUJANO: Médico legalmente autorizado que asiste activamente al cirujano principal durante un procedimiento o intervención quirúrgica elegible bajo esta Póliza. El uso de un cirujano asistente está estrictamente limitado a aquellas intervenciones quirúrgicas designadas con autorización previa del director médico de la Compañía.

CERTIFICACIÓN MÉDICA: Documento emitido por un médico o por un comité médico, autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente al evento, en el cual se incluye un diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para el reclamo. En los casos en que aplique, el comité estará conformado por el médico del Asegurado, un perito médico nombrado por la Compañía y un tercer perito médico nombrado por los dos primeros.

CIRUGÍA COSMÉTICA O ESTÉTICA: Procedimiento quirúrgico efectuado exclusivamente para mejorar o modificar la apariencia física. La cirugía puramente cosmética no se convierte en cirugía reconstructiva por razones de naturaleza psiquiátricas o psicológicas y de peso del Asegurado.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: Procedimiento quirúrgico efectuado para restaurar en estructuras anormales del cuerpo, y mejorar defectos en función y apariencia que hayan sido resultado de una cirugía previa requerida como consecuencia de una enfermedad, accidente, lesión o enfermedad congénita.

CLASE: Los Asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducibles, grupos de edad, país, plan, grupos por año, o una combinación de cualquiera de éstos.

COMPAÑÍA: Pan American Life de Ecuador Compañía de Seguros S.A., aseguradora que respalda las coberturas ofrecidas por esta Póliza.

CONDICIÓN O ENFERMEDAD CONGÉNITA Y HEREDITARIA: Aquella patología, enfermedad o trastorno generado durante la gestación existente en el nacimiento o a partir de éste, que haya sido diagnosticada médicamente, o no haya sido detectada en ese momento; o bien que haya sido tratada o evaluada durante el crecimiento y proceso del desarrollo hasta la edad adulta.

CONDICION PREEXISTENTE: Se considera así a cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por el Asegurado, sea titular o familiar dependiente, y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación de dicho Asegurado. Así mismo, se considerará enfermedades preexistentes las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión preexistente.

Una vez iniciada la cobertura para preexistencias no podrán ser modificadas para reducir su monto y la cobertura será hasta el monto límite establecido en el cuadro de beneficios según plan contratado. Este monto será anual para todas las preexistencias declaradas por cada Asegurado.

CONDICIÓN PREEXISTENTE CONSECUENCIA DE UNA DISCAPACIDAD: Se define como Condición Preexistente consecuencia de una discapacidad cualquier condición o enfermedad de una persona Asegurada, incluyendo las enfermedades graves, catastróficas o degenerativas que sobrevengan como consecuencia de la discapacidad,

por la cual la persona asegurada ha sido calificada por la autoridad sanitaria nacional como persona con discapacidad antes de la fecha de efectividad de esta Póliza.

En este evento una copia de dicho carné deberá ser suministrado a la Aseguradora como condición de inicio de vigencia de la Póliza.

CONSULTA INTRAHOSPITALARIA: Visita médica de rutina médicamente necesaria y de seguimiento que hace el médico a un Asegurado hospitalizado y que está relacionada con el diagnóstico de internamiento.

CONSULTA MÉDICA: Entrevista o tratamiento personal entre el Asegurado y un médico calificado.

COSTO RAZONABLE, USUAL, Y ACOSTUMBRADO: Cargo u honorario usual que facturaría un proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o similar para el tratamiento de condiciones o enfermedades análogas o similares por su naturaleza o severidad, en un área geográfica igual o similar que no se encuentre registrado en los tarifarios negociados por la Compañía.

CUARTO DE URGENCIA: Área de un hospital o centro de salud equipada para tratar situaciones críticas o lesiones de salud.

CUARTO PRIVADO: Habitación del hospital en la que se contempla la hospitalización de un solo paciente, y para la cual el hospital aplica su tarifa de cuarto privado.

CUIDADOS DE CUSTODIA: Asistencia con las actividades cotidianas del Asegurado, que incluye, pero no está limitada a su higiene personal, alimentación, y ayuda en el baño. Estos cuidados pueden ser prestados por personal que no han recibido entrenamiento médico o de enfermería.

DÍAS: Para efectos de esta Póliza, los días se entienden hábiles o laborales, salvo que se especifique que son calendario.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Reporte final emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica completa del Asegurado y/o sus familiares dependientes como pacientes, incluyendo todos los exámenes físicos, pruebas de laboratorio y de radiología, y/o cualquier otro procedimiento o prueba diagnóstica, que haya sido confirmado con el examen histopatológico o citológico (de ser así necesario), y por el cual se confirma la condición o enfermedad del mismo.

DONANTE: Persona de la cual se ha obtenido uno o varios órganos, tejidos o células para ser trasplantados en un Asegurado de esta Póliza.

EMERGENCIA MÉDICA: Una condición médica súbita, seria y aguda que requiere tratamiento médico o quirúrgico inmediato. Esta condición médica pone en peligro inminente la vida del Asegurado o la función de algún órgano.

ENFERMEDAD: La alteración de la salud de una persona, la cual afecta los funcionamientos normales del cuerpo humano y se manifiesta a través de signos y síntomas, así como a través de los resultados anormales de los exámenes médicos que permiten llegar a un diagnóstico.

ENFERMEADES DE ORIGEN INFECCIOSO: Alteración del estado de salud causada por agentes patógenos tales como priones, virus, bacterias, hongos, protozoarios y helmintos.

ENFERMERO(A): Persona autorizada para prestar servicios de enfermería en el país donde se está prestando el tratamiento médico.

EQUIPO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA: Equipo médico de tecnología de punta ingresados recientemente al mercado y que utiliza novedosos y sofisticados métodos de diagnóstico o tratamientos médicos, y su verdadera utilidad, el costo eficiente debe ser comprobado por la medicina basada en la evidencia.

La tecnología de punta hace referencia a toda tecnología que fue desarrollada muy recientemente y que es avanzada; es decir, que supone un adelanto o algo innovador respecto a lo ya existente.

ESPECIALISTA: Médico legalmente autorizado y registrado en el Ministerio de Salud Pública para ejercer la medicina y cirugía con especialidad en una rama médica específica, para lo cual cuenta con los estudios y las licencias correspondientes.

EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO: Tratamiento, procedimiento, diagnóstico, suministro, tecnología, periodo de hospitalización o parte del mismo, que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales reconocidas por la comunidad médica internacional (tales como la FDA o comunidad europea), o se encuentra bajo estudio, investigación, periodo de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

FECHA EFECTIVA: Es la fecha en la que comienza la cobertura de esta Póliza para cada uno de sus Asegurados.

FECHA DEL ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha efectiva de la Póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO: Es la fecha en la que la prima correspondiente a esta Póliza tiene que ser efectivamente pagada por el Asegurado.

GASTOS ELEGIBLES: Gastos razonables y acostumbrados incurridos por el asegurado para el tratamiento, servicios o suministros médicamente necesarios que han sido ordenados por un médico, cuentan con las aprobaciones requeridas y que están cubiertos bajo esta Póliza.

GRUPO ASEGURADO: Cualquiera de los siguientes grupos que esté cubierto bajo la misma Póliza:

- Grupo 1: Asegurado Principal; Cónyuge o Compañero(a) del Asegurado Principal; y Dependientes.
- Grupo 2: Padres del Asegurado Principal.
- Grupo 3: Padres del Cónyuge o del Compañero(a) del Asegurado Principal.
- Grupo 4: Familiares de cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad

Bajo una misma Póliza se podrán asegurar a un máximo de tres (3) grupos Asegurados. Cada Asegurado recibe una evaluación de riesgos individual cuando solicita cobertura.

HONORARIOS: Cantidad predeterminada (refiérase a costo razonable, usual, y acostumbrado) de dinero que la Compañía paga a los proveedores participantes por los servicios, tratamientos y suministros cubiertos bajo esta Póliza que son proporcionados a los Asegurados y está basado en el tarifario negociado por la Compañía.

HOSPITAL O CUALQUIER OTRO CENTRO MÉDICO AUTORIZADO: Una institución legalmente autorizada por las autoridades competentes del país como centro médico y quirúrgico la cual provee, primordialmente, instalaciones que le permiten diagnosticar y tratar a personas lesionadas y enfermas bajo la supervisión de un personal médico. Para los efectos de esta Póliza, no se considerarán Hospitales, los asilos de ancianos, casas de descanso o reposo, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

HOSPITALIZACIÓN: Estancia continua de veinticuatro (24) horas como mínimo, bajo supervisión médica, a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente en un Hospital o Clínica para recibir el tratamiento médico o quirúrgico que no pueda efectuarse de manera ambulatoria o en un consultorio médico externo.

IMPLANTE: Aquellos ordenados por un médico especialista para ser utilizados en una intervención quirúrgica, o corrección mecánica como tratamiento para desviaciones, deformidades, fracturas, enfermedades neurológicas o cardiovasculares entre otras. Artefacto que reemplaza un órgano o miembro del cuerpo.

LESIÓN: Daño infringido al cuerpo humano por una causa externa.

LESIONES CORPORALES: Traumas o lesión física que resulta de un accidente sufrido por el Asegurado mientras esta Póliza esté en vigor y que resulte directa o independientemente de cualesquiera causas no excluidas por esta Póliza.

MATERIALES O SUMINISTROS MÉDICOS: Aquellos que, por sus características diagnósticas o terapéuticas, son esenciales para la efectividad del plan de cuidado ordenado por el médico para el tratamiento o diagnóstico de la enfermedad o lesión del Asegurado, cubierto por esta Póliza.

MATERNIDAD CUBIERTA: Embarazo de la Asegurada principal, cónyuge o compañera permanente del Asegurado o dependiente asegurada con opciones de deducibles I y II,) Que haya superado los 2 meses de período de carencia.

MATERNIDAD NO CUBIERTA: Embarazo de la Asegurada principal, cónyuge o compañera permanente del Asegurado o dependiente asegurada con opciones de deducibles III, IV y V o, Que no haya superado el período de 2 meses de carencia o haya ingresado embarazada a la póliza

MÁXIMO POR INCAPACIDAD: Monto máximo contratado para cubrir todos los diagnósticos relacionados con la incapacidad por lo que el monto ira reduciéndose por cada reclamo presentado por cada incapacidad. La restitución de la suma máxima por incapacidad se muestra en el cuadro de beneficios del plan contratado e inicia desde la fecha del primer reclamo por dicha incapacidad.

MÉDICAMENTE NECESARIO: Tratamientos, servicios, procedimientos o suministros médicos que la Compañía, de mutuo acuerdo con el médico del Asegurado ha determinado necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. No existe necesidad médica si el servicio médico:

- Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, su familia o el proveedor.
- No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento de la condición específica del Asegurado.
- Excede el nivel de cuidado requerido para el diagnóstico o tratamiento de una condición específica.
- Está fuera del alcance de la práctica estándar normada por las instituciones correspondientes.

MEDICINA CONTINUA: Medicamento legalmente autorizado con registro sanitario, de uso continuo por períodos largos, recetados y establecidos por un médico legalmente autorizado y registrado en el Ministerio de Salud Pública, siempre y cuando corresponda a una misma incapacidad, bajo un mismo diagnóstico y cuya frecuencia de gasto sea con una periodicidad mensual y que debe notificar a la Compañía su principio activo y dosificación al inicio de período de uso.

MÉDICO: Profesional autorizado para el ejercicio profesional de la medicina en el país donde ha establecido su práctica y que actúa dentro de los parámetros establecidos para el ejercicio de su profesión.

PAÍS DE RESIDENCIA: Es el país donde el Asegurado está autorizado legalmente a residir, debiendo presentar a la Compañía el documento que lo acredite.

PALIGMED: Nombre registrado con el que se conoce en el mercado al conjunto de prestadores de servicios médicos, debidamente acreditados, que han celebrado un contrato con la Compañía para suministrar servicios o productos a los Asegurados con precios favorables

PLAN: Hace referencia a la Póliza de Seguro y su clasificación de costo, de acuerdo a los valores asegurados, la prima y el deducible seleccionado por el Asegurado Principal. La Compañía maneja cinco (5) Planes, dependiendo del monto del deducible escogido por el Asegurado Principal en la solicitud de seguro, los cuales se especificarán en el cuadro de seguro.

PLAN DE TRATAMIENTO: Informe detallado de los procedimientos recomendados por el médico para el tratamiento de las necesidades médicas del Asegurado, encontradas en los exámenes físicos y pruebas diagnósticas, y que contenga detalle de tipo tratamiento y fechas.

PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTES: Es la práctica, en virtud de la cual el deportista establece una relación de carácter regular y voluntaria de la práctica del deporte por cuenta y dentro del ámbito de una organización o dirección de un club o entidad deportiva, constituyendo esta actividad su fuente principal o medio de ingreso.

PERÍODO DE CARENCIA: Período de tiempo que debe transcurrir para que el Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta Póliza.

PRÓTESIS: Estructura que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo, tales como: ojos, piernas, brazo, etc.

RECEPTOR: Persona que recibe uno o más órganos, tejidos o células donados por un ser humano.

RECIÉN NACIDO: Persona desde el momento de su nacimiento hasta que cumple veinte y ocho (28) días de vida.

RED DE TRASPLANTES: Grupo de instituciones médico hospitalarias legalmente reconocidas en el país donde se encuentre, las cuales han sido seleccionadas por la Compañía para realizar procedimientos de trasplante a los Asegurados

RESIDENCIA: Lugar en donde el Asegurado permanezca por lo menos seis (6) meses seguidos

TARIFARIOS MEDICOS: Listado de procedimientos, productos y servicios de salud con sus respectivos montos a pagar, los cuales han sido previamente negociados por la Compañía con los proveedores públicos o privados o tarifarios referenciales propios de la compañía para médicos y proveedores que no son de la Red y cuyos montos contemplan, entre otros aspectos, los costos de mercado, ubicación geográfica y nivel de servicio.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN: Documento de identificación otorgado por la Compañía al Asegurado Principal y a cada uno de los Asegurados bajo esta Póliza.

TRATAMIENTO MÉDICO PREVENTIVO: Procedimiento, medida, fármaco o programa diseñado para prevenir que se produzca una enfermedad.

TRATAMIENTO MÉDICO PROGRAMADO: Tratamiento, servicio, procedimiento o suministro necesario para tratar una condición médica que no constituye una emergencia médica o un accidente.

SECCIÓN IV. ESTIPULACIONES GENERALES

1. VIGENCIA

Esta Póliza entra en vigencia en la fecha de inicio del seguro indicada en las condiciones particulares y permanecerá en vigor por el lapso de un (1) año pudiendo renovarse automáticamente por períodos anuales, salvo que algunas de las partes decida su terminación previa notificación por escrito a la otra parte con treinta (30) días de antelación a su inmediato vencimiento.

Para el caso de las personas con discapacidad a causa de enfermedades graves, catastróficas o degenerativas u otras el plazo de vigencia del contrato será de tres (3) años, pudiendo este renovarse automáticamente por periodos anuales.

2. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada estipulada en las condiciones particulares de esta Póliza, representa para la Compañía el límite máximo de su responsabilidad; por lo tanto, en ningún caso se le podrá hacer reclamación por una suma superior.

La suma asegurada se disminuirá en el mismo monto de las prestaciones recibidas y no habrá restitución de la misma dentro de año de vigencia de la póliza en curso.

3. DEDUCIBLE

El deducible será el especificado en el cuadro de beneficios, según el plan contratado. Dicho deducible estará a cargo del Asegurado, el cual debe ser cancelado directamente al proveedor médico o deducido de la indemnización, en caso de reembolso.

El deducible se aplicará de la manera siguiente:

- a. Un deducible por Asegurado por año Póliza, de acuerdo al plan contratado.
- b. Un máximo de dos (2) deducibles por Grupo Asegurado, para ese grupo asegurado, por año Póliza. Esta regla no aplica para el incremento de deducible utilizado por la Compañía como método de evaluación de riesgo y cuyas especificaciones se encuentran en la carátula emitida y enviada por la Compañía al Asegurado Principal de esta Póliza.
- c. Los gastos médicos cubiertos en que incurra el Asegurado durante los últimos tres (3) meses del año Póliza, serán aplicados al deducible de ese año Póliza y trasladados y aplicados al deducible del Asegurado del próximo año.
- d. No se aplicará deducible alguno a la primera hospitalización debida a un accidente grave.

Algunos beneficios de esta Póliza están exentos del deducible. Dichos beneficios serán identificados en el cuadro de beneficios.

4. REDUCCIÓN DEL DEDUCIBLE

Cada Asegurado que tenga tres (3) años consecutivos sin reclamaciones es elegible para una reducción del cincuenta por ciento (50%) en el deducible de su primera reclamación. Las reclamaciones en los años Póliza subsecuentes, estarán sujetos al deducible total. Las reclamaciones por exámenes médicos preventivos no serán tomadas en consideración para determinar los tres (3) años consecutivos sin reclamaciones. En años subsecuentes, el beneficio de reducción del deducible estará disponible después de cada periodo adicional de tres (3) años consecutivos sin reclamaciones.

La reducción del deducible no aplica para condiciones a la que aplica el deducible incrementado.

Los reclamos no compensables, así como los reclamos por exámenes médicos preventivos no se tomarán en cuenta respecto a la regla anterior. La reducción de deducible sólo está disponible en los Planes I, II y III.

En caso que el Asegurado cuente con otra póliza de seguro de asistencia médica en la Compañía, con cobertura local, que otorgue los mismos beneficios bajo los términos descritos en esta Póliza, los valores pagados por los beneficios de la otra póliza local serán acreditados al deducible del Asegurado, si estos cargos cuenten con cobertura bajo esta pólizas

5. PERÍODO DE CARENCIA

a. Período de carencia para todos los beneficios: El período de carencia o período de tiempo que debe transcurrir para que el Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta Póliza, es de dos (2) meses contados a partir de la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado. Durante este término, la Compañía NO brindará beneficios por los gastos médicos derivados de tal condición, sólo se cubrirán accidentes y enfermedades de origen infeccioso.

b. La Compañía exonerará del período de carencia en los siguientes casos:

- Si el Asegurado ha tenido cobertura bajo una Póliza de Seguro de Salud (individual o grupal) durante un periodo interrumpido de doce (12) meses antes de esta Póliza; y
- La fecha efectiva de esta Póliza ocurre dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento de la Póliza anterior.
- Una copia del certificado de seguro de la Póliza anterior, así como la prueba de los pagos de la prima correspondiente por los doce (12) meses anteriores deben ser enviados a la Compañía antes de la fecha de aprobación de esta Póliza.

- Ninguna de las excepciones mencionadas son aplicables para el período de carencia del beneficio de condición preexistente declarada consecuencia de una discapacidad.

c. Período de carencia para preexistencias: El período de carencia para el beneficio de condiciones preexistentes, debidamente declaradas, será:

- Para todo Asegurado, veinticuatro (24) meses, contado a partir de la fecha de suscripción del respectivo contrato, el cual podrá ser reducido de acuerdo entre las partes, y especificado en el cuadro de beneficios, según plan contratado.
- Para Asegurados con discapacidad, tres (3) meses contados a partir del momento en que inicia la cobertura del Asegurado.

d. Período de carencia para maternidad y cuidados del recién nacido: Existe un periodo de carencia de dos (2) meses para este beneficio, contados desde la fecha efectiva de la cobertura de la madre asegurada bajo esta Póliza. Este período de carencia siempre se aplicará.

6. ÁMBITO TERRITORIAL

Los amparos otorgados por el presente contrato tendrán cobertura local e internacional, siempre que se dé cumplimiento a las condiciones y coberturas contempladas en la presente Póliza, en su cuadro de beneficios y en los anexos expedidos con fundamento en ella.

7. ELEGIBILIDAD PARA EL SEGURO

a. Elegibilidad para el Asegurado Principal: Es la persona que cuenta con más de dieciocho (18) y menos de setenta y seis (76) años de edad en el momento de formular la solicitud para el seguro. Puede asegurarse individualmente o con cualquier otra persona que haga parte de su Grupo Asegurado, de acuerdo con la definición que se da en esta Póliza.

Para que se emita un seguro a un solicitante, debe cumplir la condición necesaria de elegibilidad. Esto se comprueba a través de la solicitud de seguro individual, para comprobar la edad, estado de salud, y otros elementos evaluativos o mediante examen o historial médico.

La edad máxima de elegibilidad será hasta el cumplimiento de los setenta y seis (76) años.

b. Elegibilidad para el Grupo Asegurado: Las personas que cuenten con menos de setenta y seis (76) años de edad, que a consideración de la Compañía, previa solicitud del Asegurado Principal y previo el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad respectivos, sean consideradas asegurables. En consecuencia, son asegurables las siguientes personas:

- **Grupo 1:** Asegurado Principal; cónyuge o compañero(a) del Asegurado Principal; y, dependientes, considerados como tales, los hijos del Asegurado Principal, hijastros e hijos legalmente adoptados, e hijos y nietos para los cuales el Asegurado Principal ha sido designado como tutor legal ó sobre los cuales tiene la patria potestad.
- **Grupo 2:** Padres del Asegurado Principal.
- **Grupo 3:** Padres del cónyuge del Asegurado Principal o compañero(a) del Asegurado Principal.
- **Grupo 4:** Familiares cuarto grado de consanguineidad y segundo grado de afinidad

Bajo una misma Póliza se podrán asegurar hasta un máximo de tres (3) grupos Asegurados.

No existe edad máxima para la renovación de ningún Asegurado. Al cumplir dieciocho (18) años de edad, los dependientes son elegibles para cobertura bajo su propia Póliza sin selección de riesgos, pagando la prima correspondiente, con un deducible igual o mayor de la Póliza bajo la cual estaban cubiertos, con las mismas condiciones y restricciones de la Póliza anterior. Si el dependiente desea cambiar a un deducible más bajo o desea aumentar los beneficios, requerirá una nueva evaluación de riesgos. La solicitud para una nueva Póliza debe ser recibida por la Compañía mientras la Póliza bajo la cual estaban cubiertos los dependientes, esté vigente.

La declaración de discapacidad del Asegurado Principal, de su Grupo Asegurado o del recién nacido, declarada por autoridad competente no afectará su elegibilidad, en los términos acordados en esta Póliza.

Un hijo dependiente, estudiante en el extranjero, seguirá siendo Asegurado siempre y cuando dependa económicamente del Asegurado Principal de esta Póliza y se encuentre legalmente en el extranjero en calidad de estudiante.

La Compañía solicitará evidencia de que el hijo dependiente se encuentra estudiando en el extranjero, antes de la emisión de la cobertura y al momento de una reclamación.

- c. Registro de los miembros de los grupos asegurados:** El Asegurado debe suministrar periódicamente la información relacionada con los miembros de los Grupos Asegurados, cambios en las cantidades del seguro, y terminaciones de seguro, conforme se lo exija la Compañía con fines de administrar el seguro.

Cualquier error, falta u omisión inadvertida de parte del Asegurado al notificar el nombre de algún miembro de los Grupos Asegurados que se halle habilitado para recibir los beneficios del seguro y esté pagada la prima, no privará al Asegurado o miembros de los Grupos Asegurados, ni afectará el importe de éste; ni tampoco la omisión en notificar la terminación de la cobertura de un

miembro de los Grupos Asegurados se tomará en el sentido de que tal seguro continúe vigente más allá de la fecha de terminación fijada de acuerdo con las estipulaciones de esta Póliza.

8. DECLARACION FALSA

El Asegurado está obligado a declarar de manera veraz los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por la Compañía la hubieren inducido a estipular condiciones específicas, diferentes o más gravosas, vician de nulidad relativa el contrato de seguro.

Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de dichas circunstancias, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente.

Si el contrato se rescinde, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo.

9. FORMA DE PAGO Y CÁLCULO DE LAS PRIMAS

Todos los pagos relativos a esta Póliza, ya sean por parte de la Compañía o del solicitante asegurado principal se efectuarán en la moneda de curso legal de la República del Ecuador.

El Asegurado Principal pagará la prima correspondiente para la emisión de esta Póliza, su renovación, o la prima para la adición de dependientes a la misma, por adelantado, a menos que opte por pagos fraccionados, en cuyo caso debe pagar la cuota inicial y los recargos correspondientes, pudiendo realizar los pagos o cuotas, de manera mensual, trimestral o semestralmente. En todo caso, la prima se calculará en forma anual.

Los pagos se pueden realizar por medio de tarjeta de débito, tarjeta de crédito, cheque o depósito directo en una cuenta de la Compañía, o en el domicilio de la misma. La forma de pago de prima será anual, semestral o trimestral.

Mediante petición escrita el Asegurado Principal puede solicitar modificación en el plazo de pago de la prima, en cualquier aniversario de esta Póliza, con el ajuste apropiado del caso, aunque ningún pago de prima podrá conservar esta Póliza en vigencia más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima.

Para la inclusión de un Asegurado durante la vigencia de esta Póliza, la prima se liquidará a prorrata a partir de la fecha de aceptación por parte de la Compañía, hasta el vencimiento de la anualidad de esta Póliza y se pagará en la misma forma convenida para los demás Asegurados.

En caso de siniestro, cuando el pago de la prima sea fraccionado, la Compañía tendrá derecho a exigir el pago del saldo de la prima anual, previa al reembolso, si es del caso.

El fallecimiento de cualquiera de los Asegurados distinto del Asegurado Principal dará derecho a la devolución del cien por ciento (100%) de la prima neta no devengada correspondiente al Asegurado fallecido, a partir de la fecha de recibo de la respectiva comunicación, más el impuesto proporcional si fuere el caso, salvo que se le hayan reconocido siniestros, y en ese evento la Compañía tendrá derecho a exigir el valor de la prima total.

10. PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

La Compañía otorgará un período de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima, en cualquier fecha de vencimiento del pago.

Este periodo de treinta (30) días comienza en la fecha de vencimiento del pago de la prima. Si la prima no se recibe en la Compañía al final del periodo de gracia, esta Póliza se considerará terminada en la fecha de vencimiento del pago de la prima.

El no pago de la prima correspondiente dentro del plazo legal o contractual, causará la terminación automática de esta Póliza y para el reingreso o rehabilitación del seguro, la Compañía solicitará nuevamente pruebas de asegurabilidad.

Durante el período de gracia la reclamación será tramitada a través de reembolso, si proceden los beneficios, hasta tanto se pague la prima. En caso de siniestro durante el periodo de gracia, la Compañía tendrá derecho a debitar de dicho reembolso, el saldo de la prima pendiente de pago, incluida la devengada durante el periodo de gracia.

La Compañía podrá enviar al Asegurado Principal, el aviso de pago correspondiente de prima, sin embargo el pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Asegurado Principal. La prima debe ser pagada en la fecha de vencimiento del pago o dentro del periodo de gracia establecido.

11. CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS:

La Compañía se reserva el derecho de modificar las primas. Este derecho será ejercido solamente en base a “clase”, como se indica en las definiciones, en la fecha de renovación de cada Póliza y siempre que la Compañía notifique al Asegurado por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación.

12. IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES

Todos los impuestos, contribuciones e intereses que gravaren la presente Póliza serán responsabilidad del Asegurado Principal.

13. TERMINACIÓN DEL SEGURO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Los beneficios otorgados por la presente Póliza terminarán al ocurrir alguno de los siguientes hechos:

- a. Cuando se termine la vigencia de esta Póliza.
- b. Cuando no se pague la prima en el plazo previsto en esta Póliza.
- c. Cuando se agote el valor asegurado.
- d. Cuando el Asegurado Principal deje de residir en Ecuador.
- e. Cuando el Asegurado Principal solicite la terminación del seguro.

No será reconocido por la Compañía ningún gasto con posterioridad al término de la vigencia de esta Póliza. Lo anterior, sin perjuicio de lo que al respecto señale la ley.

14. TERMINACIÓN DEL SEGURO DE UN MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURADO

La cobertura de un miembro del Grupo Asegurado terminará en los siguientes casos:

- a. Cuando se termine la vigencia de esta Póliza.
- b. Cuando no se pague la prima en el plazo previsto en esta Póliza.
- c. Cuando se agote el valor asegurado.
- d. Cuando el miembro del Grupo Asegurado deje de residir en Ecuador.
- e. Cuando el Asegurado Principal, por escrito, solicite a la Compañía que se termine la cobertura para uno de los miembros del Grupo Asegurado bajo la Póliza.

El fallecimiento del Asegurado Principal, mantendrá todas y cada una de las coberturas del plan contratado, en favor de los miembros del Grupo Asegurado, por el periodo de dos (2) años, contado a partir de la fecha del deceso, sin que éstos estén en la obligación de pagar contraprestación económica alguna.

Para que este beneficio surja efectos, la muerte del Asegurado Principal deberá haber sido causada por una Lesión, condición o Enfermedad elegible para un Gasto Médico Cubierto. Este beneficio terminará automáticamente para el cónyuge o compañero (a) permanente sobreviviente, y para sus descendientes, si el cónyuge o compañero (a) permanente contrae matrimonio o entra en estado de unión marital; y para el caso de otros Asegurados que pertenezcan a su Núcleo Familiar, en el momento en que dejen de ser elegibles.

15. TERMINACION ANTICIPADA DEL SEGURO

Durante la vigencia del presente contrato, el Asegurado podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, mediante notificación escrita a la Compañía. Por su parte, la Compañía también podrá dar por terminado el contrato de seguro, en cualquier tiempo antes del vencimiento, mediante notificación al Asegurado en su domicilio con antelación no menor de diez (10) días y si no pudiese determinar el domicilio del Asegurado, la revocación del contrato será notificada mediante tres (3) avisos que se publicarán en un periódico de buena circulación en la ciudad en que tenga su domicilio la Compañía, con intervalo de tres (3) días entre cada publicación. En ambos casos, la Compañía queda obligada a devolver al Asegurado la parte de la prima en proporción al tiempo no corrido, calculada a prorrata. Cuando la Compañía dé por

terminado el contrato deberá especificar claramente la fecha de terminación del mismo.

16. CLAUSULA DE PAIS DE RESIDENCIA

- El asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de País de Residencia dentro de los primeros (30) días después del cambio.
- En cambio de residencia podría resultar en un ajuste de primas y/o deducible según el área geográfica.
- Es causal de terminación del contrato si el asegurado cambia de residencia a Los Estados Unidos, a excepción de hijos dependientes que permanezcan temporalmente en este país en calidad de estudiantes. Dicho cambio deberá de ser autorizado previamente por la compañía, debiendo el asegurado proveer a la compañía los documentos correspondientes y copia de la visa de estudiante.
- Sera causa de terminación del contrato o de la cobertura del dependiente, cuando El Asegurado Principal o un dependiente no autorizado previamente por la compañía, permanezca por más de ciento ochenta (180) días continuos en los Estados Unidos de América"
- La falta de notificación a la Compañía de cualquier cambio de residencia resultará en la terminación del contrato.

17. RESTABLECIMIENTO DE VIGENCIA DEL CONTRATO

Producida la terminación anticipada del Contrato, por decisión unilateral del Asegurado, éste podrá, por una sola ocasión, solicitar a la Compañía, el restablecimiento de su vigencia, con las mismas condiciones originarias, dentro de los tres (3) meses posteriores a dicha terminación, debiendo cumplir, si fuere el caso, con las contraprestaciones económicas correspondientes.

18. REHABILITACIÓN

Durante los sesenta (60) días siguientes a la cancelación de esta Póliza, ésta puede ser rehabilitada, a discreción y bajo condiciones de la Compañía. El proceso de rehabilitación requiere completar una nueva solicitud de seguro, así como los expedientes médicos que la Compañía requiera para evaluar la solicitud de seguro y el pago de la prima correspondiente.

En período superior a sesenta (60) días no existirá rehabilitación; sino una emisión nueva con todos los requerimientos que la Compañía requiera como un nuevo negocio.

19. CAMBIO DE PLAN

El Asegurado Principal puede solicitar cambio de plan o de producto en la fecha de aniversario de esta Póliza. La solicitud de cambio de plan o de producto debe ser recibida por escrito antes del día del aniversario de esta Póliza, sujeta a la aprobación de la Compañía. Durante los primeros sesenta (60) días posteriores al cambio, los beneficios pagables por cualquier enfermedad o lesión no causada por accidente o

enfermedad de origen infeccioso, estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos planes o productos.

- Durante los primeros diez (10) meses después de la fecha de efectividad del cambio, la cobertura de cuidados de maternidad, complicaciones de maternidad, las complicaciones del recién nacido enfermo, y de las condiciones congénitas estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos planes o productos.
- Durante los primeros doce (12) meses posteriores a la fecha de efectividad del cambio, la cobertura del HIV/AIDS y sus complicaciones va a estar limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos planes o productos.
- Durante los primeros seis (6) meses después de la fecha de efectividad del cambio, el beneficio de trasplante de órgano estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos planes o productos.

20. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

- a. AVISO DEL SINIESTRO:** Para coordinar el pago directo, así como la coordinación de beneficios, se requiere la pre-notificación de los servicios médicos.

La notificación de todo procedimiento programado debe presentarse a la Compañía a más tardar dentro de los tres (3) días anteriores a la fecha de programación de dicho servicio. En caso de procedimientos que se hayan efectuado producto de una emergencia deben ser notificados dentro de los tres (3) días posteriores a la práctica del procedimiento.

- b. RECLAMANTE SUSTITUTO:** Cuando se demuestre mediante un dictamen médico verificado por la Compañía, que por razones atribuibles a su condición de salud el Asegurado no puede reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura contratada, podrá actuar en su nombre y representación la persona denominada como Reclamante Sustituto.

El Reclamante Sustituto deberá designarse en el formulario que para este fin proporcionará la Compañía, teniendo el Asegurado Principal en todo momento la opción de modificar su designación y comunicar por escrito una nueva designación a la Compañía. La Compañía tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento.

La designación del Reclamante Sustituto realizada por el Asegurado Principal únicamente lo autoriza para realizar los trámites de reclamación, ya que el pago de reembolsos se efectuará siempre a nombre del Asegurado Principal, por lo que al efectuar el pago atribuible al Asegurado Principal o, en su caso, a sus Beneficiarios, la Compañía habrá satisfecho la indemnización correspondiente.

c. AUTORIZACIÓN PREVIA DE BENEFICIOS: En los eventos cubiertos por esta Póliza, se seguirá el siguiente procedimiento, salvo para el caso de emergencia médica, en cuyo caso se deberá seguir el procedimiento una vez que se encuentre en capacidad de hacerlo:

- El Asegurado deberá comunicar a la Compañía su intención de someterse al tratamiento u obtener el servicio correspondiente. Dicha comunicación deberá efectuarse por escrito en las oficinas de la Compañía, o mediante el número telefónico o dirección electrónica suministrados por la Compañía en la carátula de esta Póliza, informando sobre el servicio requerido, con una anticipación mínima de setenta y dos (72) horas.
- La Compañía podrá requerir una auditoría para evaluar la necesidad e idoneidad de los procedimientos médicos o quirúrgicos programados, así como de urgencia médica.
- Cuando la Compañía no logre efectuar el pago directo, los Asegurados deberán pagar por el servicio recibido y posteriormente a la prestación del servicio, presentar su reclamo a la Compañía, el cual si es objeto de cobertura será rembolsado al porcentaje definido en esta Póliza, teniendo en cuenta los gastos usuales, razonables y acostumbrados (GURA) de esa zona geográfica donde se utilizaron los servicios. En todo caso, el Asegurado debe obtener la autorización previa de los procedimientos y hospitalizaciones.

Si no se cumple con el requisito de autorización previa, la Compañía podrá reducir el monto del gasto médico cubierto hasta la suma que habría importado si se hubiere notificado en el tiempo requerido.

En caso que el siniestro no proceda la Compañía negará la cobertura.

d. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: En caso de existencia de otros seguros que proporcionen los beneficios cubiertos por esta Póliza, el Asegurado podrá acudir (hacer la reclamación) a cualquiera de ellos a su elección, en cuyo caso la Compañía a la que acuda pagará el valor real de los gastos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos y coordinará con los otros seguros de tal forma que el total pagadero no sobrepase el cien por ciento (100%) de los gastos cubiertos ni exceda el límite de la suma asegurada de cada plan, observando el procedimiento establecido por la Autoridad Sanitaria Nacional para la prelación de pagos, entre entidades públicas y privadas, con la finalidad de cubrir las prestaciones a sus Asegurados en sus contingencias.

De ser el caso, deberán cancelar o reembolsar a la institución de la Red Pública Integral de Salud, los montos o valores que por atenciones médicas en sus unidades se hayan efectuado al asegurado principal y/o miembro del grupo Asegurado de esta Póliza, según el plan y hasta el monto contratado.

En caso de que la prestación se haya efectuado en una institución de salud privada y, siempre que haya mediado la respectiva derivación por parte de la Red Pública Integral de Salud, la Compañía deberá cancelar al establecimiento de salud privado o reembolsar a la institución de la Red Pública Integral de Salud los pagos efectuados por dichas atenciones, hasta el monto de lo contratado en esta Póliza. Estos valores pagados a la Red Pública Integral de Salud disminuirán la cobertura máxima contratada.

Cuando un Asegurado resulta elegible para recibir beneficios bajo cualquier otra Póliza de seguro emitida por cualquier otra compañía que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por cargos usuales, razonables y acostumbrados (URA) para el tratamiento de un evento, la suma de los beneficios pagaderos por esta Póliza y cualquier otra Póliza de seguros será coordinada entre las dos compañías. Las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra Póliza que resulten elegibles bajo esta Póliza serán acreditadas al deducible del Asegurado. Una vez que el deducible haya sido satisfecho, los gastos elegibles bajo esta Póliza que no hayan sido pagados por la otra compañía, serán cubiertos de acuerdo a las regulaciones y provisiones de esta Póliza.

e. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN: Para la reclamación será necesario adjuntar los siguientes documentos:

- Formulario de reclamación médica proporcionado por la Compañía, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado, así como por el médico tratante quien incluirá su sello, código médico de registro profesional y firma;
- Originales de recetas médicas, órdenes de laboratorio y de cualquier otro examen de diagnóstico, expedidas, firmadas y selladas por el médico;
- Originales de facturas y/o recibos de pago de todos los servicios médicos incurridos, que cumplan los requisitos fiscales vigentes, emitidos a nombre de Asegurado Principal o miembro del Grupo Asegurado. Tratándose de facturas electrónicas, se deberá remitir el archivo digital que contenga el comprobante fiscal digital o bien, su representación impresa, siempre que ésta cumpla con los requisitos establecidos por la autoridad fiscal.
- Resultados de radiografías, ultrasonidos, tomografías, exámenes de laboratorio y de cualquiera otro examen de diagnóstico y seguimiento;
- Copia del expediente clínico o historia médica del Asegurado;
- Informes médicos (reporte operativo, reporte histopatológico, de anestesia, epicrisis, etc);
- Formulario de hospitalización debidamente completado y firmado por el Asegurado y médico tratante;
- Pre-autorización autorizada por la Compañía, para hospitalización y exámenes especiales de alto costo; y,
- Resultado del protocolo médico.

El Asegurado Principal o cualquier miembro del Grupo Asegurado deben presentar a la Compañía la documentación antes mencionada, dentro de los

ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de servicio de dicho procedimiento. El dejar de enviar dicho aviso o prueba dentro de tiempo estipulado en esta Póliza, no invalidará ninguna reclamación, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar tal aviso o prueba dentro de ese periodo y que fueron presentados tan pronto como fue posible.

El Asegurado autoriza a la Compañía para solicitar toda la información que considere necesaria a los médicos y/o hospitales, incluyendo, sin límite, el expediente clínico, con el fin de aclarar suficientemente los distintos aspectos de la indemnización. Esta información será usada exclusivamente para el análisis del siniestro, guardándose confidencialidad sobre la misma. No obstante lo anterior, podrá divulgar la información confidencial cuando sea requerida judicialmente o por otra causa prevista por ley.

Adicionalmente, la Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado cuya enfermedad o lesión es la base de la reclamación, las veces que lo estime razonablemente necesario con el objetivo de determinar si procede o no la reclamación. Asimismo, podrá solicitar su autopsia (en caso de fallecimiento) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio de otro de los Asegurados y/o terceros. Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada por ésta únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de las reclamaciones, y será mantenida en total confidencialidad.

21. PÉRDIDA DE DERECHOS A LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurado y/o Beneficiario perderán el derecho a la indemnización por esta Póliza en los siguientes casos:

- a. Cuando la reclamación fuere fraudulenta;
- b. Cuando el Asegurado y/o Beneficiario actúen de mala fe en la reclamación o comprobación del derecho al pago del importe del siniestro;
- c. Cuando el siniestro hubiere sido voluntariamente causado por el Asegurado o con su intervención o complicidad; y,
- d. Cuando prescriban los derechos al cobro del seguro.

22. PAGO O REEMBOLSO DE INDEMNIZACIONES

Todos los beneficios convenidos en esta Póliza, sujetos a los términos y condiciones bajo los cuales fue emitida, serán pagados en el plazo fijado por la ley, después de haberse recibido y aprobado toda la documentación requerida para el pago del beneficio, según los requisitos descritos en esta Póliza. En caso de que la documentación aportada no estuviere completa o fuere improcedente, la Compañía lo comunicará por escrito por única vez al reclamante. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, la Compañía contará con un plazo legal original para resolver la reclamación y efectuar el pago de la indemnización.

En caso de reclamos por reembolso, la Compañía, tendrá la obligación de pagar al Titular Asegurado o familiar dependiente asegurado, según corresponda, la indemnización correspondiente a la pérdida debidamente comprobada, dentro de los treinta (30) días siguientes a aquel en que le presenten por escrito la correspondiente reclamación aparejada de los documentos que, según este contrato, sean indispensables. En caso que el reclamo sea rechazado por la Compañía, se cumplirá con lo dispuesto en la Ley de Seguros.

Cuando los gastos le correspondan al Asegurado Principal y este hubiere fallecido, dichos gastos deberán ser reembolsados al último Beneficiario designado y, en caso que el anterior no existiere, se realizará el reembolso atendiendo al procedimiento sucesorio establecido por la legislación aplicable.

Cuando el deducible haya sido satisfecho y el tratamiento está cubierto bajo las condiciones de esta Póliza, la Compañía hará el pago directo a los proveedores, siempre que sea posible, y, la Compañía haya recibido toda la información médica relacionada al siniestro.

Cuando no sea posible establecer el pago directo al proveedor, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal, los gastos médicos cubiertos, tomando como base a los gastos usuales, razonables y acostumbrados, mientras se determina que el siniestro es un gasto médico cubierto. La Compañía puede solicitar que el Asegurado reclamante se someta a un examen médico pagado por la Compañía.

23. SUBROGACIÓN

En virtud del pago de la indemnización, la Compañía se subroga hasta el monto de dicha indemnización, en todos los derechos del Asegurado contra terceros responsables del siniestro. A petición de la Compañía, el Asegurado deberá hacer todo lo que este a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos de subrogación. El Asegurado no podrá renunciar en ningún momento durante la vigencia de esta Póliza a sus derechos contra terceros responsables del siniestro en perjuicio de la Compañía. El Asegurado será responsable de los perjuicios que le acarree a la Compañía su falta de diligencia en el cumplimiento de tales obligaciones. En todo caso, si su conducta proviene de su mala fe perderá el derecho a la indemnización. La Compañía no puede ejercer la acción subrogatoria en los casos contemplados en la ley.

24. CESIÓN DE ESTA PÓLIZA

La presente Póliza no podrá cederse ni endosarse, antes o después del siniestro, sin previo conocimiento y autorización por escrito de la Compañía. La cesión o endoso que se efectuare contraviniendo lo dispuesto en esta cláusula, privará al Asegurado o a quien éste hubiere transferido esta Póliza, de todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

25. ARBITRAJE O MEDIACIÓN

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

26. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por correo certificado dirigido a la última dirección conocida. También será prueba, la constancia de “recibido” con la firma de la parte destinataria.

Así mismo, será válida cualquier otra notificación que hagan las partes por cualquier medio idóneo reconocido por la ley.

27. JURISDICCIÓN Y DOMICILIO

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado o Beneficiario, con motivo del presente contrato de seguro, queda sometido a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta; las acciones contra el Asegurado o Beneficiario, en el domicilio del demandado.

28. PRESCRIPCIÓN

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta Póliza prescriben en dos (2) años a partir del acontecimiento que les dio origen.

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

ANEXO COBERTURA
WORLD ACCESS (ACCESO MUNDIAL)
MONTO DE COBERTURA: US\$ 5'000.000 POR AÑO POLIZA PARA TODAS LAS INCAPACIDADES
Todas las coberturas y beneficios nombrados en el presente anexo, será de acuerdo al plan contratado y señalado en el cuadro de beneficios en donde se reflejarán coberturas, deducibles, límites, frecuencia, coaseguro, montos máximos por año póliza y vitalicios
MONTO MAXIMO PARA TODAS INCAPACIDADES
MONTO MAXIMO VITALICIO EN COBERTURA ESPECIALES
RESTITUCION DE SUMA MAXIMA ASEGURADA AÑO POLIZA
DEDUCIBLE DE ACUERDO AL PLAN
LIMITES DE EDAD TITULAR Y DEPENDIENTES ELEGIBLES DE ACUERDO AL PLAN
COASEGURO
COBERTURA PARA PREEXISTENCIAS
COBERTURA PARA PREEXISTENCIAS PARA NUEVAS INCLUSIONES
COBERTURA DE CONGENITAS
COBERTURA DE CONGENITAS NUEVAS INCLUSIONES
COBERTURA DE GENETICAS Y HEREDITARIAS
COBERTURA DE GENETICAS Y HEREDITARIAS PARA NUEVAS INCLUSIONES
COBERTURA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
COBERTURA PARA ENFERMEDADES CRONICAS Y CATASTROFICAS
COBERTURA DE VIH/SIDA
COBERTURA POR DEPORTES Y AFICIONES PELIGROSAS
PERIODO DE CARENCIA PARA PREEXISTENCIAS
PERIODO DE CARENCIA PARA PREEXISTENCIAS PARA ENTRANTES TARDIOS
PERIODO DE CARENCIA PARA CONGENITAS , GENETICAS Y HEREDITARIAS
PERIODO DE CARENCIA PARA PERSONA CON DISCAPACIDAD
PERIODO DE PRESENTACION DE RECLAMOS
COBERTURA HOSPITALARIA
CUARTO Y ALIMENTO
CAMA DE ACOMPAÑANTE
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS
HONORARIOS MEDICOS INTRAHOSPITALARIOS

SERVICIOS MEDICOS DE HOSPITAL
EQUIPOS DE ATENCION HOSPITALARIA
SUMINISTROS, MEDICINAS Y EXAMANES DE DIAGNOSTICO
INTRAHOSPITALARIOS
CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POR ACCIDENTE Y CANCER
INTERNAMIENTO HOSPITALARIO POR TRASTORNOS MENTALES
TRASPLANTE DE ORGANOS RECEPTOR-DONANTE
MARCAPASOS, PROTESIS, VALVULAS O IMPLANTES INTRACORPOREAS
EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGIA
MANTENIMIENTO DE SIGNOS VITALES
QUERATOCONO ORIGEN REFRACCIÓN VISUAL
CUIDADO PALIATIVOS HOSPITALARIOS
TRATAMIENTOS PODIATRICOS
EMERGENCIA LOCAL Y EN EL EXTERIOR
ATENCION DE EMERGENCIA MEDICA POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD
ATENCION DE EMERGENCIA MEDICA POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD EN PERIODO DE MORA
COBERTURA AMBULATORIA
HONORARIOS MEDICOS AMBULATORIOS
SUMINISTROS, MEDICINAS Y EXAMANES DE DIAGNOSTICO AMBULATORIOS
TERAPIAS MIONEURORESTAURATIVAS
AMBULANCIA TERRESTRE , FLUBIAL O AEREA
ATENCION MEDICA SUMINISTRADA EN EL HOGAR
PROCEDIMIENTOS CLINICOS Y ENDOSCOPICOS AMBULATORIOS
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS AMBULATORIOS
CUIDADOS DE SALUD EN EL HOGAR
EQUIPO MEDICO DURADERO
ATENCION ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS DE BASE ORGANICA
SUMINISTROS MEDICOS ESPECIALES PARA CUIDADO PALIATIVOS
AMBULATORIOS
ALQUILER O COBERTURA DE ORTESIS
ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL
COBERTURA MATERNIDAD, RECIEN NACIDO Y NIÑO SANO
MATERNIDAD EN CONDICIONES NORMALES

MATERNIDAD CON COMPLICACIONES EN MATERNIDADES CUBIERTAS
MATERNIDAD EN EMBARAZOS EN CURSO DE GASTOS PRENATALES
MATERNIDADES PARA HIJAS DEPENDIENTES MENORES DE 24 AÑOS
RECIEN NACIDO BAJO CONDICIONES NORMALES
RECIEN NACIDO CON MATERNIDAD NO CUBIERTA
RECIEN NADICO CON COMPLICACIONES DE MATERNIDAD CUBIERTA
CONTROL DE NIÑO SANO (CONSULTAS MÉDICAS)
PREVENCION
PREVENCION PRIMARIA PRESTACIONES DE TARIFA CERO DE ACUERDO A ANEXO
BENEFICIOS ADICIONALES
EXAMENES MEDICOS PREVENTIVOS
COBERTURA DENTAL
COBERTURA NUTRICIONAL
COBERTURA PSICOLOGICA
REPATRIACION DE RESTOS MORTALES