

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA



Póliza de Seguros de Asistencia Médica Bupa

Cuidado Total

• Plan Individual • Modalidad Mixta •

Ecuador 2026

Contents

1. ANTECEDENTES.....3

2. AMPARO BÁSICO.....3

3. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES3

4. COBERTURAS POR TRATAMIENTO AMBULATORIO3

5. ATENCIÓN PREHOSPITALARIA 4

6. ATENCIÓN HOSPITALARIA 4

7. COBERTURA DE MATERNIDAD5

8. COBERTURAS OBLIGATORIAS..... 6

9. PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES 6

10. OTRAS COBERTURAS..... 7

11. BENEFICIOS ADICIONALES 9

12. PREEXISTENCIA Y DISCAPACIDAD 9

13. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES..... 9

14. DEFINICIONES11

15. VIGENCIA 16

16. ELEGIBILIDAD Y DESIGNACIÓN DE ASEGURADOS 16

17. RESIDENCIA EN EL PAÍS 16

18. LÍMITE MÁXIMO ANUAL POR INCAPACIDAD..... 16

19. SUBLÍMITES..... 16

20. DEDUCIBLE, COASEGURO Y FEE ADMINISTRATIVO 16

21. DEDUCIBLE ANUAL 16

22. DECLARACIÓN FALSA, RETICENCIA, FRAUDE Y ACTUACIONES DE MALA FE..... 16

23. PERÍODOS DE CARENIA 17

24. MODALIDAD DEL PLAN..... 17

25. PROHIBICIÓN DE INCREMENTO DE TARIFAS POR ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CATASTRÓFICAS..... 17

26. TARIFARIO MÉDICO 17

27. PAGO DE LA PRIMA 18

28. CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS 18

29. CONDICIONES DE RENOVACIÓN..... 18

30. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS..... 18

31. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO 18

32. RESTABLECIMIENTO DE VIGENCIA DEL CONTRATO O REHABILITACIÓN DE PÓLIZA 19

33. CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO..... 19

34. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO 19

35. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA..... 19

36. PROCESO Y TIEMPOS DE RECLAMO PARA COBERTURA 19

37. PREAPROBACIONES 20

38. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE UN SINIESTRO..... 20

39. INDEMNIZACIÓN 20

40. PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN..... 21

41. FALLECIMIENTO DE ASEGURADO TITULAR O DEPENDIENTE 21

42. PAGOS EN CASO DE FALLECIMIENTO 21

43. PAGOS DISCRECIONALES..... 21

44. PAGOS INDEBIDOS O EN EXCESO 21

45. PROHIBICIONES DE LA COMPAÑÍA..... 21

46. ARBITRAJE O MEDIACIÓN..... 21

47. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS..... 22

48. SUBROGACIÓN..... 22

49. NOTIFICACIONES..... 22

50. JURISDICCIÓN Y DOMICILIO..... 22

51. PRESCRIPCIÓN..... 22

52. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES 22

53. VERIFICACIÓN DE TEXTO..... 22

1. ANTECEDENTES

Esta póliza es un contrato de seguro entre el Asegurado Titular y la Compañía, la misma tendrá validez de un (1) año con renovación automática, salvo que termine anticipadamente por parte del Asegurado Titular o por la Compañía. En este último caso, por las causales establecidas en la normativa vigente.

Este contrato de seguro se compone de lo siguiente:

- ▶ Condiciones Generales de la Póliza
- ▶ Tabla de Coberturas
- ▶ Condiciones Particulares
- ▶ Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local
- ▶ Anexos adheridos a la póliza

En este documento, el término “Compañía” se refiere a Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros, y el término “Asegurado Titular” se refiere al Asegurado Principal nombrado en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local. La Compañía se compromete a cubrir al (los) Asegurado(s) las coberturas y/o beneficios estipulados en esta póliza y sujeto a los términos y condiciones de la misma.

La Compañía no podrá negarse a celebrar un contrato o renovarlo por razón de enfermedades preexistentes, condición o estado actual de salud, sexo, identidad de género o edad. Tampoco podrá modificar las condiciones del contrato para disminuir, restringir o eliminar la cobertura contratada, por el hecho de que el Asegurado cumpla o tenga determinada edad, siempre que dichos contratos posean una continuidad mínima previa de cinco (5) años.

Las opciones de planes disponibles bajo el producto Bupa Cuidado Total son las que se indican:

- ▶ Bupa Cuidado Total
- ▶ Bupa Cuidado Total Plus
- ▶ Bupa Cuidado Total Premium

2. AMPARO BÁSICO

La Compañía, siempre que el Asegurado Titular haya pagado la prima correspondiente y se encuentre al día en la misma, se obliga a brindar cobertura por las prestaciones sanitarias y/o beneficios aquí señalados dentro del territorio ecuatoriano, por los gastos médicos elegibles incurridos por el Asegurado, sea titular o miembro de su grupo asegurado elegible, a causa de enfermedad o lesiones corporales ocurridas por accidente.

La Compañía cubrirá los gastos relacionados con las coberturas y beneficios cubiertos, en todos los casos, de conformidad con lo establecido en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

3. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Se otorga cobertura bajo tarifa cero dentro del territorio ecuatoriano, como se especifica en el Anexo Tabla de Prestaciones de Prevención Primaria incluidas en Tarifa Cero y en la red ambulatoria definida por Bupa Ecuador y de acuerdo con los costos establecidos en el tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud. Las coberturas de tarifa cero, se brindarán únicamente cuando existan atenciones que reciba el paciente y según el ciclo de vida, de conformidad a lo dispuesto en la normativa que la Autoridad Sanitaria Nacional dicte para dichas coberturas.

4. COBERTURAS POR TRATAMIENTO AMBULATORIO

4.1 SERVICIOS AMBULATORIOS

Los servicios ambulatorios incluyen todos los tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Estos pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas. **Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario y haya sido ordenado por un médico u otro profesional de salud, que se encuentre habilitado, para ejercer su profesión en el país.** Los servicios que se brinden en la red de prestadores de Bupa no requerirán preaprobación, salvo que se especifique lo contrario en la Tabla de Coberturas. En los casos en los que los servicios se brinden en red abierta, los mismos se cubrirán mediante el correspondiente reembolso. Para mayor información, los datos de contacto de los prestadores de Bupa se encuentran disponibles en la página web de la Compañía www.bupalud.com.ec, en la sección “Red de Salud”.

4.2 CONSULTA DE MÉDICOS GENERALES O ESPECIALISTAS

De acuerdo con lo estipulado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubrirá el costo de honorarios del médico general o especialista, tratante por cada una de las atenciones realizadas al Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible, en su consultorio privado o en establecimientos de salud, pero que se realicen de manera ambulatoria.

4.3 CIRUGÍA AMBULATORIA

Se cubrirán procedimientos quirúrgicos electivos, en los que la admisión, la cirugía y el alta del paciente ocurren el mismo día, y no requiera internación hospitalaria. Dentro de esta cobertura se incluirán todas las atenciones de Hospital del día. **Esta cobertura deberá ser preaprobada por parte de la Compañía, conforme a lo descrito en el numeral 37. “Preaprobaciones”.**

4.3.1. ATENCIONES DE HOSPITAL DEL DÍA

Las atenciones de Hospital del Día comprenden procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados en un establecimiento de salud habilitado, que requieren la permanencia del asegurado por un período menor a veinticuatro (24) horas, sin pernoctar.

Esta cobertura se considera parte de la cirugía ambulatoria y está sujeta a las condiciones establecidas en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

Para acceder a esta cobertura, el asegurado deberá enviar la documentación médica requerida con al menos setenta y dos (72) horas de antelación a la fecha programada del procedimiento, conforme a lo establecido en el numeral 37. “Preaprobaciones”.

En caso de no cumplir con este requisito, se aplicará el coaseguro adicional estipulado en estas Condiciones Generales.

4.4 MEDICAMENTOS

La cobertura incluirá los medicamentos genéricos o de marca, que hayan sido recetados por el médico u otro profesional, legalmente habilitado para prescribir medicamentos, siempre que los mismos cuenten con registro sanitario obtenido en Ecuador ante la autoridad competente. Los medicamentos podrán ser adquiridos en farmacias, que se encuentren legalmente habilitadas y conforme a la Tabla de Coberturas del plan contratado. También se cubrirán suplementos vitamínicos, siempre y cuando sean médicamente necesarios y debidamente recomendados por el profesional de salud competente, hasta el límite indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

4.5 FISIOTERAPIA

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubrirá las sesiones de terapia física, cardíaca y respiratoria, siempre que hayan sido recomendadas por el médico o profesional de la salud tratante.

4.6 **TERAPIA DE LENGUAJE**

De acuerdo con lo establecido en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubrirá las sesiones de terapia de lenguaje, siempre que las mismas sean parte del tratamiento de condiciones médicas cubiertas bajo esta póliza y hayan sido recomendadas por el médico o profesional de la salud tratante. **Revisar la cláusula 13.30 de Exclusiones.**

4.7 **SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO DENTRO DEL PROTOCOLO**

La cobertura incluirá laboratorio clínico y estudios anatomopatológicos; realización de exámenes para diagnóstico o confirmación de enfermedad, siempre que sean solicitados por el médico tratante y correspondan al protocolo de atención de la enfermedad.

4.8 **DIÁLISIS O HEMODIÁLISIS**

Incluye todo tipo de gastos médicos necesarios para la ejecución de tratamientos de diálisis y hemodiálisis, siempre que se realicen en establecimientos de salud autorizados para brindar este tipo de servicios. La cobertura no incluirá en ninguna circunstancia la compra, renta, o consignación del equipo de riñón artificial o equipo de hemodiálisis personal y exclusivo para uso domiciliario.

4.9 **CONSULTA CON MÉDICO A DOMICILIO**

Se brindará atención médica a domicilio únicamente a través de los prestadores definidos por la Compañía. Este servicio se ofrecerá conforme a las condiciones establecidas por el prestador médico correspondiente. Las especificaciones del servicio están disponibles en la página web de la Compañía www.bupasalud.com.ec, en la sección “Red de Salud”.

4.10 **TELEMEDICINA**

Se podrá acceder a servicios de atención médica remota, incluyendo Videoconsultas en Medicina general, asesoramiento médico en ciertas especialidades, así como otras capacidades digitales dirigidas al cuidado de la salud. Estos servicios digitales se prestarán a través de blua, la salud digital de Bupa. Para acceder a ellos, se puede hacer a través de la aplicación “My Bupa Latin America” o a través de la página web de la Compañía www.bupasalud.com.ec. En ambos casos todas las funcionalidades digitales y programas de salud se encuentra bajo la descripción de blua.

5. **ATENCIÓN PREHOSPITALARIA**

5.1 **AMBULANCIA POR EMERGENCIA**

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre, aérea o fluvial utilizado en caso de emergencia, para transportar al Asegurado al hospital más cercano donde se le pueda proporcionar el tratamiento adecuado desde la ubicación de un accidente o emergencia al hospital, o para el traslado de un hospital a otro cuando no exista capacidad de respuesta en el establecimiento de salud donde se encuentre siendo atendido.

Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia sea:

- ▶ **Medicamente necesaria;**
- ▶ **Relacionada con un tratamiento cubierto bajo la póliza.**
- ▶ **Prestada a través de la red de proveedores aplicable al plan o contra reembolso, todos bajo preaprobación.**

El vehículo o aeronave utilizada deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

Todo transporte por ambulancia aérea debe ser preaprobado por la Compañía y coordinado entre la Compañía, el Asegurado Titular y/o Proveedor Médico.

6. **ATENCIÓN HOSPITALARIA**

6.1 **SERVICIOS Y ATENCIONES HOSPITALARIAS**

Atenciones en sala de quirófano, sala de recuperación, uso de equipos quirúrgicos, servicios de atención indirecta por personal de salud y otros auxiliares de servicios, necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado Titular y sus Asegurados Dependientes.

La cobertura incluye la visita que realiza el médico tratante durante la hospitalización y las interconsultas médicas, revisión, consulta, diagnóstico y tratamiento de otros especialistas a solicitud del médico tratante.

La cobertura incluirá atención por parte del personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, así como otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado Titular o cualquier miembro elegible de su grupo asegurado que haya sido hospitalizado. **No se incluirán en la cobertura los servicios de enfermería privada.**

La atención hospitalaria debe ser preaprobada, para lo cual el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible, deberá enviar con setenta y dos (72) horas de anticipación, los documentos que sean aplicables conforme a lo establecido en el numeral 37. “Preaprobaciones”, con excepción de las emergencias médicas, y están sujetos al coaseguro y deducible correspondiente, conforme se detalla en la Tabla de Coberturas. Esta misma condición se aplicará para las atenciones de Hospital del día, y aquellas que involucren sedación o en las que se especifique que requieren de preaprobación.

6.2 **HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN**

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, la cobertura incluye el uso y servicio de habitaciones privadas estándar durante la hospitalización, así como la dieta prescrita por el médico de acuerdo con la patología. Esta cobertura se proporcionará siempre que la hospitalización sea médicamente necesaria. Para el acompañante del asegurado, se brindará el beneficio de cama y alimentación, **siempre y cuando el asegurado sea menor de dieciocho (18) años o mayor de setenta y cinco (75) años.** No aplicará sustitución de habitación estándar por Suites.

6.3 **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Se brindará cobertura para diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas médicos que necesitan cuidados intensivos, siempre que el estado de salud del paciente lo requiera y haya sido recomendado por el médico tratante.

6.4 **HONORARIOS MÉDICOS**

Los honorarios médicos deberán contar con la preaprobación de la Compañía, conforme a lo indicado en el numeral 37 “Preaprobaciones” del Condicionado General de la póliza. En caso contrario, **la Compañía se reserva el derecho de ajustar dichos honorarios si exceden lo usual, acostumbrado y razonable para el plan contratado.**

La cobertura de honorarios médicos se realizará según el tarifario indicado en la Tabla de Coberturas del plan, **considerando lo usual, acostumbrado y razonable para el tipo de procedimiento médico.**

- ▶ **Honorarios de Cirujano**
- ▶ **El procedimiento quirúrgico primario será cubierto al 100%, sujeto a coaseguro y deducible si así lo estipula el plan contratado.**
- ▶ **El procedimiento quirúrgico secundario será cubierto al 50%, sujeto a coaseguro y deducible si así lo estipula el plan contratado.**
- ▶ **El procedimiento quirúrgico adicional será cubierto al 25%, sujeto a coaseguro y deducible si así lo estipula el plan contratado.**
- ▶ **En procedimientos de alta complejidad que requieran un segundo cirujano, y siempre que esté médicamente justificado,**

se podrá cubrir hasta el 50% de los honorarios aprobados para el cirujano principal, sujeto a coaseguro y deducible si así lo estipula el plan contratado y previa evaluación de la Compañía.

- ▶ **Honorarios del Anestesiólogo**
Se cubrirá hasta el 35% de los honorarios aprobados para el cirujano principal, sujeto a coaseguro y deducible si así lo estipula el plan contratado.
- ▶ **Honorarios del Médico / Cirujano Asistente**
Se cubrirá hasta el 30% de los honorarios aprobados para el cirujano principal, sujeto a coaseguro y deducible si así lo estipula el plan contratado, y siempre que exista justificación médica.

6.5 **LABORATORIO CLÍNICO, IMAGEN Y ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS**

Incluye realización de exámenes para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución del cuadro clínico de ingreso y la condición de egreso.

6.6 **MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS**

Incluye la aplicación de medicamentos que requieren de infraestructura y/o supervisión continua dentro de un hospital.

6.7 **INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS**

Elementos usados durante una cirugía, en curaciones, procedimientos menores o en procedimientos realizados en una hospitalización. Se cubrirán siempre que cuenten con Registro Sanitario, otorgado en el Ecuador. No se cubrirán materiales suntuosos, los cuales incluyen, más no se limitan a utensilios de limpieza, mascarillas, paños húmedos, pañales, guantes, bidel, bacinilla, kits de aseo, copias de historias clínicas y/o de libros médicos; y, en general los que puedan ser trasladados fuera del hospital posterior al tratamiento y que puedan ser usados por terceros que no sean el paciente, los cuales no tengan un requerimiento médico o sean requeridos directamente por el paciente sin orden o prescripción médica.

6.8 **REHABILITACIÓN INTRAHOSPITALARIA**

Cobertura para la atención de rehabilitación intrahospitalaria necesaria para la recuperación previa al alta.

6.9 **APOYO PSICOLÓGICO COMO PARTE DE LA HOSPITALIZACIÓN**

Apoyo psicológico como parte de la hospitalización y de acuerdo con el diagnóstico de ingreso; siempre que sea solicitada por el médico tratante.

7. **COBERTURA DE MATERNIDAD**

7.1 **CUIDADO DE MATERNIDAD POR EMBARAZO**

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, esta cobertura será utilizada siempre que sea necesario indemnizar a la Asegurada Titular o Asegurada Dependiente (cónyuge o conviviente legal), **sin aplicación de deducible, ni coaseguro dentro de la Red.**

La cobertura incluye atención prenatal, natal y postnatal, así como consultas de control durante el embarazo y postparto, realizadas por médico general o especialista. También contempla la evaluación del estado nutricional, vitaminas, vacunas y pruebas diagnósticas para la madre, servicios de atención ambulatoria y hospitalaria y atención hospitalaria en servicios de neonatología. Se incluyen las atenciones al neonato en hospitalización, laboratorio, imágenes diagnósticas, cuidados de enfermería, insumos, medicamentos, honorarios médicos, uso de termocuna en servicio de neonatología, y honorarios médicos por la recepción y cuidados del recién nacido. Además, la cobertura incluirá consultas odontológicas para detección y prevención de problemas bucales durante el embarazo.

Se brindará atención para parto, cesárea, y embarazo ectópico, con atención de un cirujano ginecólogo, un ayudante quirúrgico, un pediatra y un anestesiólogo en el caso de cesárea o un especialista ginecólogo y pediatra para la atención del parto normal y atención para emergencias obstétricas.

La cobertura de maternidad se brindará de acuerdo con las siguientes condiciones:

- a) Siempre y cuando la fecha de inicio del embarazo, de acuerdo al certificado FUM (Fecha de Última Menstruación), sea por lo menos sesenta (60) días después de la fecha del inicio de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada.
- b) **Si el embarazo se produjere dentro del período de carencia, únicamente se otorgará la cobertura especificada bajo Tarifa Cero y de acuerdo con los términos y condiciones definidas en el Anexo de Tarifa Cero.**

En ningún caso, la Compañía reconocerá la cobertura para gastos por maternidad por el estado de embarazo o complicaciones o secuelas derivadas de dicho estado de embarazo, de las hijas naturales, hijastras o hijas adoptadas que sean dependientes elegibles del Asegurado Titular.

7.2 **COMPLICACIONES DE MATERNIDAD, PARTO Y RECIÉN NACIDO**

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, la Compañía cubrirá a la Asegurada Titular o Asegurada Dependiente (cónyuge o conviviente legal) por los gastos relacionados con cualquier tratamiento que sea médicamente necesario como resultado directo de complicaciones del embarazo, parto y del recién nacido de una maternidad cubierta bajo esta póliza, **sin aplicación de deducible, ni coaseguro dentro de la Red.**

Por complicaciones del embarazo o complicaciones del recién nacido durante el parto se entienden aquellas condiciones que surgen durante el embarazo, parto cubierto o en su finalización, pero no causado por factores genéticos o hereditarios, que se manifiesten durante los primeros treinta y un (31) días de vida, para lo cual se aplicará las siguientes condiciones:

- a) Esta cobertura, solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones bajo las previsiones de “Cobertura de Maternidad” y “Condiciones de Inclusión para Recién Nacido” de esta póliza.
- b) Esta cobertura no aplica para complicaciones relacionadas con condiciones excluidas o embarazos no cubiertos. Las complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto estarán cubiertas si el embarazo está amparado por esta póliza, independientemente de si fue concebido mediante tratamientos o procedimientos de fertilidad asistida.
- c) Las complicaciones causadas por una condición cubierta que ha sido diagnosticada antes del embarazo, y/o cualquiera de sus consecuencias, serán cubiertas de acuerdo con los límites de esta Póliza.
- d) Las condiciones relacionadas con condiciones congénitas y/o hereditarias serán cubiertas bajo la cobertura de condiciones congénitas y/o hereditarias de esta póliza.
- e) Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.

Asimismo, se cubrirá legrados en abortos (que ponga en peligro la vida o la salud de la mujer embarazada, cuando dicho riesgo no pueda ser evitado por otros medios) siempre y cuando estos sean indicados como procedimiento terapéutico por un médico y de acuerdo con las condiciones del plan contratado.

Este beneficio se otorgará siempre y cuando el plan correspondiente cuente con la cobertura de maternidad y de acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

7.3 **CONDICIONES DE INCLUSIÓN PARA RECIÉN NACIDO**

Para que el recién nacido de un embarazo cubierto disfrute de todas las coberturas y beneficios bajo esta póliza sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, **el Asegurado Titular deberá presentar, dentro de los primeros 90 días posteriores**

al parto, un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla, peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Si la notificación no es recibida durante los 90 días posteriores al parto, se requerirá una Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual para incluir al recién nacido, **la cual estará sujeta a evaluación de riesgo y de ser el caso, las condiciones preexistentes declaradas estarán cubiertas bajo la suma asegurada para condiciones preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las condiciones particulares de la póliza.**

La incorporación del recién nacido en la póliza queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente. La cobertura por complicaciones del recién nacido durante el parto está limitada al beneficio descrito bajo el beneficio estipulado en el numeral 7.2. “Complicaciones del embarazo, parto y del recién nacido”.

Si el recién nacido nace de un embarazo no cubierto, se le podrá agregar a la póliza cumpliendo con la obligación del envío de una Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual y del pago de la prima, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la Compañía y de ser el caso, las condiciones preexistentes declaradas estarán cubiertas bajo la suma asegurada para condiciones preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las condiciones particulares de la póliza. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

7.4 **SCREENING NEONATAL**

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente. Se cubren las pruebas del recién nacido para detección temprana de condiciones congénitas.

8. **COBERTURAS OBLIGATORIAS**

8.1 **ATENCIÓN DE EMERGENCIA**

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubrirá toda emergencia médica dentro o fuera de la red de prestadores de Bupa **hasta el monto de la cobertura contratada**, al momento del requerimiento efectuado por el prestador del servicio de salud.

Si el Asegurado no está en condiciones de ser trasladado a un establecimiento de salud, podrá solicitar en el lugar donde se encuentre, la presencia de un servicio de Atención de Emergencias médicas ambulatorias.

La Compañía cubrirá únicamente el tratamiento médico que reciba el Asegurado en la sala de emergencia para su estabilización inicial. Solo en casos de apendicitis confirmadas, se brindará cobertura hasta la resolución definitiva.

A esta cobertura se aplicarán las siguientes condiciones:

- a) Se aplicará el monto de cobertura de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, siempre que este no derive de actividades excluidas ni de condiciones preexistentes. **En caso de condiciones preexistentes, se aplicará la cobertura específica para dichas condiciones.**
En el caso de prestaciones para atenciones de emergencia que deban atenderse en establecimientos que no formen parte de la red de prestadores del plan correspondiente, se habilitará el monto de cobertura necesario para la atención hasta la estabilización inicial del Asegurado, y considerando lo usual, acostumbrado y razonable para el tipo de procedimiento médico.
- b) Si el Asegurado se encuentra en mora respecto al pago de la prima, se otorgará el sublímite indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.
- c) **En caso de emergencias derivadas de accidentes de tránsito, se aplicará la prelación de pagos. La cobertura de Bupa se activará una vez agotada la cobertura proporcionada por el Sistema Público para el Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT).**

8.2 **ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS, DEGENERATIVAS, RARAS O HUÉRFANAS**

De acuerdo a lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, estarán cubiertas las enfermedades que la Autoridad Sanitaria Nacional haya nombrado y determinado como, catastróficas, degenerativas, raras o huérfanas. Así como, alimentación enteral, parenteral, y complementos alimenticios prescritos; y, tratamiento de patologías aplicables, de acuerdo a las guías de práctica clínica o en su ausencia, el uso de la medicina basada en evidencia o protocolos internacionales.

En caso de que estas enfermedades hayan aparecido antes de la contratación de la póliza, se considerarán enfermedades preexistentes y se sujetarán a los períodos de carencia y a los límites establecidos para ese tipo de enfermedades en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

Por otro lado, las condiciones congénitas y/o hereditarias sobrevinientes a la contratación de la póliza, tendrán cobertura como se especifica en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

8.3 **TARIFA CERO**

Se otorga cobertura bajo tarifa cero dentro del territorio ecuatoriano, como se especifica en el Anexo “Tabla de Prestaciones de Prevención Primaria incluidas en Tarifa Cero”, que consta en el presente documento, de conformidad a lo dispuesto en la normativa vigente y la Autoridad Sanitaria Nacional. Las coberturas de tarifa cero, se brindarán según el ciclo de vida del Asegurado, de conformidad a lo establecido en el plan contratado, dentro la red de prestadores definida por Bupa Ecuador y de acuerdo con los costos establecidos en el tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud.

Para más información, puede consultar el siguiente enlace: <https://www.bupasalud.com.ec/sites/default/files/documentos/2023-08/central/Prestaciones-de-Prevencion-Primaria-Incluidas-en-Tarifa-Cero.pdf>

8.4 **OTRAS QUE DETERMINE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL**

En los casos que la Autoridad Nacional competente lo disponga, se otorgará cobertura conforme sea ordenado en un cuerpo legal de aplicación obligatoria, en la medida en que no sea incompatible con las condiciones pactadas en este Condicionado General y hasta los montos establecidos en la Tabla de Coberturas.

9. **PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES**

Las siguientes condiciones recibirán la cobertura que se detalla en la Tabla de Coberturas de su plan correspondiente y se sujetarán a las siguientes condiciones:

- 9.1 Atenciones médicas derivadas de condiciones laborales o profesionales. **En el caso de que la profesión del Asegurado se considere de alto riesgo, deberá declararse al momento de la contratación de la póliza en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local**, o al momento de que el Asegurado cambie su actividad profesional o laboral a una considerada de alto riesgo.
- 9.2 Incapacidades provenientes del uso del alcohol, drogas o estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones producto de enfermedad mental de base orgánica. **Se aclara que no se otorgará cobertura a enfermedades, lesiones, secuelas y complicaciones producto de actos tipificados como faltas a la ley, infracciones, contravenciones y/o delitos.**
- 9.3 Atención de Emergencia para condiciones que sean consecuencias de intento de suicidio, producto de enfermedad mental de base orgánica.

10. OTRAS COBERTURAS

De acuerdo a los límites establecidos en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, la Compañía cubrirá los siguientes beneficios:

10.1 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS

Se entiende por condiciones o enfermedades congénitas y hereditarias, a las enfermedades o desórdenes adquiridas durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde. La cobertura para condiciones congénitas y/o hereditarias, se realizará de la siguiente manera:

- a) Las condiciones congénitas y/o hereditarias tendrán cobertura de acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.
- b) Las condiciones congénitas y/o hereditarias que sean consideradas enfermedades catastróficas, degenerativas, raras o huérfanas tendrán cobertura bajo el beneficio de enfermedades catastróficas, degenerativas, raras o huérfanas, de acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.
- c) **En caso de tratarse de una condición preexistente declarada, la condición congénita o hereditaria estará cubierta bajo la suma asegurada para condiciones preexistentes.**

10.2 TRASPLANTE

Se cubrirán todos los gastos de los procedimientos necesarios que correspondan a los procesos de pre trasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos, necesarios para atender al donante, al receptor y la procuración de órganos en donantes cadavéricos o para la extracción del órgano en donantes vivos, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada. Las complicaciones derivadas del procedimiento de trasplante también tendrán cobertura de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

Se brindará cobertura para trasplante, **previa preaprobación de la Compañía, para lo cual el Asegurado deberá enviar con setenta y dos (72) horas de anticipación los documentos que sean aplicables conforme a lo establecido en el numeral 37. “Preaprobaciones”.** En caso de no haberse preaprobado, será facultativo de la Compañía brindar o no la cobertura.

Solo estarán cubiertos bajo esta póliza los servicios para trasplante que sean permitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

10.3 ATENCIÓN DE URGENCIA

Se cubrirán los gastos por servicios médicos debido a una condición o situación médica de urgencia que amerita evaluación y tratamiento en un establecimiento de salud legalmente habilitado, de acuerdo a los límites especificados en la Tabla de Coberturas.

En el caso de prestaciones para atenciones de emergencia que deban atenderse en establecimientos que no formen parte de la red de prestadores del plan correspondiente, se habilitará el monto de cobertura necesario para la atención hasta la estabilización inicial del Asegurado, y considerando lo usual, acostumbrado y razonable para el tipo de procedimiento médico.

En caso de urgencias derivadas de accidentes de tránsito, se aplicará la prelación de pagos. La cobertura de Bupa se activará una vez agotada la cobertura proporcionada por el Sistema Público para el Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT).

10.4 ATENCIÓN DE URGENCIA POR ACCIDENTE

Se cubrirán los gastos por servicios médicos debido a un accidente que amerita evaluación y tratamiento en un establecimiento de salud legalmente habilitado, de acuerdo a los límites especificado en la Tabla de Coberturas.

En el caso de prestaciones para atenciones de emergencia que deban atenderse en establecimientos que no formen parte de la red de prestadores del plan correspondiente, se habilitará el monto de cobertura necesario para la atención hasta la estabilización inicial del Asegurado, y considerando lo usual, acostumbrado y razonable para el tipo de procedimiento médico.

En caso de urgencias derivadas de accidentes de tránsito, se aplicará la prelación de pagos. La cobertura de Bupa se activará una vez agotada la cobertura proporcionada por el Sistema Público para el Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT).

10.5 TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento contra el cáncer que sea médicamente necesario, una vez que sea confirmado el diagnóstico. Esta cobertura incluye, entre otros, los siguientes servicios y procedimientos, sin limitarse exclusivamente a ellos:

- ▶ **Consultas médicas**
- ▶ **Exámenes de laboratorio**
- ▶ **Honorarios médicos específicamente asociados a la planificación y ejecución del tratamiento oncológico**
- ▶ **Medicamentos recetados**
- ▶ **Estudios de imagenología para diagnóstico**
- ▶ **Quimioterapia**
- ▶ **Rehabilitación**
- ▶ **Cirugía reconstructiva, siempre que sea médicamente necesaria y esté directamente relacionada con el tratamiento del cáncer.**

El Asegurado deberá comunicarse con la Compañía para recibir **preaprobación antes de someterse al tratamiento, de acuerdo con lo indicado en el numeral 37. “Preaprobaciones”** de estas Condiciones Generales.

10.6 SALUD MENTAL

De acuerdo a lo especificado en la Tabla de Cobertura del plan correspondiente, la Compañía pagará los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico (incluyendo los medicamentos, terapias, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el tratamiento, exámenes de laboratorios y estudios de imagenología), siempre y cuando, el tratamiento sea médicamente necesario. La cobertura incluirá consultas de psiquiatría para enfermedades mentales de base orgánica que estén incluidas en la clasificación Internacional de Enfermedades Vigente en Ecuador.

10.7 COLONOSCOPIA PREVENTIVA

De acuerdo con lo establecido en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente. Se cubren los gastos médicos de la colonoscopia para la detección temprana de patología colorrectal en asegurados asintomáticos, **a partir de los cuarenta y cinco 45 años de edad.**

La cobertura aplica para procedimientos realizados con fines preventivos. Se cubre una (1) colonoscopia cada 10 años en asegurados sin antecedentes personales ni familiares de cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal o síndromes hereditarios asociados.

En caso de contar con alguno de ellos, como pólipos múltiples, de gran tamaño o con características precancerosas, podrá autorizarse una frecuencia de hasta cada 5 años, previa evaluación médica y aprobación por parte de la Compañía.

10.8 PRÓTESIS

10.8.1. IMPLANTES NO DENTALES

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, estos elementos artificiales de uso quirúrgico serán cubiertos **siempre que su uso sea plenamente justificado por una necesidad médica para que el Asegurado Titular o miembro de su grupo asegurado elegible restablezca su condición de salud, sea funcional y cuenten con registro sanitario otorgado en el Ecuador.** Incluye la cobertura de traumatología, stents, o en los casos que sea de tejido animal, prótesis endovasculares, prótesis biológicas o mecánicas y material de osteosíntesis.

10.8.2. APARATOS ORTOPÉDICOS, MEDIAS ELÁSTICAS, PLANTILLAS, ZAPATOS ORTOPÉDICOS, AJUSTE DE ZAPATO NORMAL

De acuerdo con lo especificado en la tabla de Coberturas del plan correspondiente, siempre y cuando sean parte del tratamiento de una enfermedad diagnosticada y exista recomendación y orden médica para su uso.

10.8.3. PRÓTESIS CAPILAR (PELUCA)

De acuerdo con lo especificado en la tabla de Coberturas del plan correspondiente, la cobertura aplicará siempre que la pérdida de cabello esté directa y exclusivamente relacionada con un tratamiento contra el cáncer.

10.9 CONSULTAS DE MEDICINA ANCESTRAL Y ALTERNATIVA

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, la cobertura incluirá consultas de medicina alternativa, brindadas por profesionales de la salud debidamente calificados y que cuenten con títulos de especialista debidamente registrados en naturopatía, homeopatía y medicina china, en este caso se cubrirán medicamentos genéricos o de marca, que hayan sido recetados y que cuenten con registro sanitario en el Ecuador. Si cualquier medicina complementaria o tratamiento es proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta, **estos costos serán considerados como una consulta independiente.**

10.10 DEFORMIDAD DE NARIZ Y TABIQUE NASAL EN CASO DE ACCIDENTE

El tratamiento quirúrgico será cubierto siempre que sea preaprobado por la Compañía y cumpla con las siguientes condiciones:

- ▶ Sea médicamente necesario,
- ▶ Derive de un accidente o responda a una condición funcional cubierta por la póliza,
- ▶ Haya sido previamente aprobado por la Compañía.

Queda excluido todos los procedimientos de carácter estético, independientemente de su relación con el accidente o condición funcional.

10.11 CONSULTAS CONTROL NIÑO SANO

La cobertura para atención de niño sano incluirá, consultas pediátricas y evaluación clínica de desarrollo. Esta cobertura es adicional a las prestaciones de prevención primaria especificadas en el anexo de Tarifa Cero.

10.12 VACUNAS CONTROL NIÑO SANO

Cobertura para la aplicación de vacunas, conforme el esquema nacional de vacunación ordenado por el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con lo establecido en la Tabla de Coberturas.

10.13 COBERTURA PARA OPERACIÓN DE EXCÍMER LÁSER

Incluyendo los procedimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento, atención hospitalaria y complicaciones que se deriven de la intervención. El Asegurado Titular o dependiente tendrá cobertura **desde las 5.5 dioptrías por ojo. No se aceptará como válida la sumatoria de las dioptrías de ambos ojos** para recibir este beneficio. El procedimiento quirúrgico deberá ser preaprobado de acuerdo con lo estipulado en el numeral 37. “Preaprobaciones” de este Condicionado General.

10.14 COBERTURA PARA VIH Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Se brindará cobertura para atenciones ambulatorias y hospitalarias, así como para todos los tratamientos necesarios para el diagnóstico y la atención médica. Esta cobertura incluirá medicamentos que cuenten con registro sanitario vigente en el país. **No se cubrirán tratamientos experimentales ni aquellos que no hayan sido aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional.**

10.15 EXAMEN DE PAPANICOLAOU (PAP TEST), MAMOGRAFÍA, Y EXÁMENES DE ANTÍGENO PROSTÁTICO

Se cubrirá de manera preventiva con orden médica y una (1) vez al año para mayores de dieciocho (18). De existir diagnósticos que ameriten la realización del examen con una mayor frecuencia, se cubrirá dentro de lo médicamente necesario y conforme a la cobertura aplicable.

10.16 FÓRMULAS ALIMENTICIAS MEDICADAS Y/O LECHE MEDICADAS

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubrirán siempre y cuando cuenten con registro sanitario en Ecuador, para tratamientos especiales, y que hayan sido recetados por el médico, como tratamiento a una patología específica.

10.17 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA O CORRECTIVA

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubrirán siempre que sean parte del tratamiento ordenado por el médico tratante, esta cobertura requerirá preaprobación por parte de la Compañía.

10.18 ALQUILER DE CUALQUIER EQUIPO O DISPOSITIVO MÉDICO PARA MONITOREO E INFUSIÓN DE MEDICAMENTOS

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubrirán los suministros necesarios para su utilización o funcionamiento durante la hospitalización. No aplica alquiler de uso en domicilio.

10.19 LIGADURA Y VASECTOMÍA

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubren como procedimientos de control y planificación familiar para los Asegurados, siempre y cuando se haya cumplido con los protocolos médicos correspondientes. Debe ser preaprobado.

10.20 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubrirá el tratamiento dental de emergencia, necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto. Solamente tendrá cobertura bajo esta Póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y que se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes a dicho accidente. **Esta cobertura debe ser preaprobada por la compañía, de acuerdo al numeral 37 “Preaprobaciones”.**

10.21 CUIDADOS PALIATIVOS

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubrirá siempre que exista orden médica y autorización del paciente o sus familiares. Se brindarán cuidados paliativos, entendidos como los cuidados activos brindados por un equipo especializado, a personas que presentan una enfermedad crónica, avanzada, incurable, en la etapa final de la vida. La cobertura incluirá las atenciones brindadas por profesionales y no profesionales entrenados en este tipo de tratamiento, según las necesidades del paciente y la familia.

10.22 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubrirán las enfermedades de transmisión sexual, siempre y cuando no sean preexistentes. **Para el caso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se cubrirá conforme a lo establecido en el numeral 10.14. “Cobertura Para VIH y Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida”.**

10.23 **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES Y PERMANENTES**

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubrirá cualquier método anticonceptivo temporal y permanente hasta el límite indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente. **Para el caso de ligaduras y vasectomías se cubrirá conforma a lo establecido en el numeral 10.19. “Ligadura y Vasectomía”**

10.24 **ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON PROBLEMAS DE MALNUTRICIÓN INCLUYE MEDICAMENTOS SUPLEMENTARIOS Y VITAMINAS**

De acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, se cubrirá la atención integral a personas con problemas de malnutrición, incluye asesoría nutricional, medicamentos y suplementos alimenticios siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo con los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia o a los protocolos internacionales.

11. **BENEFICIOS ADICIONALES**

Confirme en su Tabla de Coberturas del plan correspondiente si se contempla este beneficio.

11.1 **BENEFICIO DE SERVICIOS EXEQUIALES**

De acuerdo con lo especificado en su Tabla de Cobertura de su plan correspondiente, se brindará el beneficio únicamente a través de los prestadores definidos por la Compañía. Este servicio se ofrecerá conforme a las condiciones establecidas por el proveedor de servicio correspondiente y deberá ser coordinado con dicho proveedor. La información de contacto para coordinar estos servicios, están disponibles en la página web de la Compañía www.bupasalud.com.ec, en la sección “Red de Salud”.

11.2 **BENEFICIO DE ASISTENCIA DE VIAJES CON COSTO ADICIONAL**

Se brindará el beneficio si el Asegurado Titular **lo solicita de manera opcional** al momento de la contratación de la póliza, pagando el costo adicional en prima correspondiente. Se brindará el beneficio únicamente a través de los prestadores definidos por la Compañía. **Para activar este beneficio, el asegurado deberá notificar a la Compañía con setenta y dos (72) horas de anticipación previo al inicio de su viaje para obtener el certificado de asistencia emitido por el prestador de este servicio. No se cubrirán los gastos incurridos por el asegurado correspondientes a la asistencia en viajes para los cuales no se haya obtenido el certificado de asistencia previo al inicio del viaje.** Este servicio se ofrecerá conforme a las condiciones establecidas por el proveedor de servicio correspondiente y deberá ser coordinado con dicho proveedor. La información de contacto para coordinar estos servicios, están disponibles en la página web de la Compañía www.bupasalud.com.ec, en la sección “Red de Salud”.

11.3 **BENEFICIO DE ASISTENCIA DENTAL CON COSTO ADICIONAL**

Se brindará el beneficio si el Asegurado Titular **lo solicita de manera opcional** al momento de la contratación de la póliza, pagando el costo adicional en prima correspondiente. Se brindará el beneficio únicamente a través de los prestadores definidos por la Compañía. Este servicio se ofrecerá conforme a las condiciones establecidas por el proveedor de servicio correspondiente y deberá ser coordinado con dicho proveedor. La información de contacto para coordinar estos servicios, están disponibles en la página web de la Compañía www.bupasalud.com.ec, en la sección “Red de Salud”.

12. **PREEXISTENCIA Y DISCAPACIDAD**

12.1 **CONDICIONES PREEXISTENTES**

Se considerará preexistente las enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible, incorporado a la póliza y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación de la o el Asegurado.

Se proporcionará cobertura, de acuerdo con lo ordenado por la normativa vigente y con las mejoras establecidas en la Tabla de Coberturas, para todas las condiciones preexistentes que el Asegurado haya declarado en su Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local, por cada miembro de grupo asegurado elegible y por año póliza.

Todas las condiciones preexistentes, así como los gastos médicos, tratamientos, procedimientos y complicaciones que se deriven de la misma, se imputarán exclusivamente al límite único de cobertura establecido para condiciones preexistentes. Dichos gastos no se acumularán ni se computarán dentro de otros límites de cobertura distintos al específicamente asignado para preexistencias.

Si en la tabla de cobertura del plan correspondiente se han establecido sublímites para tratamientos o condiciones específicas, dichos sublímites serán aplicables y se descontarán del monto total asignado a la cobertura de condiciones preexistentes. Así mismo, se aplicarán dichos sublímites siempre y cuando no superen el monto de cobertura para preexistencia.

La Compañía aplicará la Cláusula 22 sobre Declaración Falsa, Reticencia, Fraude y Actuaciones de Mala Fe en los casos de preexistencias no declaradas al momento de la contratación, cuando considere que el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible, conocía la existencia de su enfermedad, patología o condición de salud, por presentar manifestaciones clínicas y alteraciones físicas que, por sus signos y síntomas característicos y evidentes, no pudieron pasar desapercibidos y por contar con un diagnóstico médico previo. En tales casos, la Compañía podrá presentar el correspondiente reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros..

12.2 **COBERTURA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Las coberturas para personas con discapacidad estarán disponibles siempre que el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible tenga calificación de discapacidad otorgada por el Ministerio de Salud Pública, en el porcentaje que determine el Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades, para lo cual, se aplicarán las siguientes condiciones:

- a) Las condiciones preexistentes, incluyendo las enfermedades catastróficas, degenerativas, raras o huérfanas que sobrevengan como consecuencia de la discapacidad, así como las condiciones congénitas y/o hereditarias que sean diagnosticadas antes de la contratación de la póliza, serán cubiertas hasta el límite de cobertura para condiciones preexistentes indicado en estas Condiciones Particulares y Tabla de Coberturas de la Póliza, acorde a lo señalado en la normativa vigente. Esta cobertura surtirá efecto transcurrido el período de carencia estipulado en la Ley Orgánica de Discapacidades, contados desde la fecha de emisión de la póliza de seguro. **El límite de cobertura para personas con discapacidad no duplicará el monto contemplado para condiciones preexistentes por año póliza. Este límite no aplicará en caso de discapacidad superviniente.**
- b) La cobertura de cualquier condición médica y/o condición preexistente que no sea consecuencia de la discapacidad no estará sujeta a lo dispuesto en esta cláusula, sino a las que correspondan de estas Condiciones Generales.
- c) Las pólizas suscritas con personas con discapacidad tendrán una duración de al menos tres (3) años.

En el caso de cancelación anticipada no motivada por parte del Asegurado Titular, se aplicará lo indicado en la Ley Orgánica de Discapacidades. **Sin perjuicio a lo indicado en la cláusula 32. Restablecimiento de Contrato.**

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

13. **EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

Esta Póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos, salvo que dicha cobertura o beneficio esté contemplada en la tabla de coberturas del plan contratado

- 13.1** El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte del tratamiento, servicio o suministro:
- Que no sea médicamente necesario; o
 - Para un Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o profesional calificado ante la autoridad nacional competente; o
 - Que no sea autorizado o recetado por un médico calificado; o
 - Que se lleve a cabo en instalaciones médicas que no cumplan con las condiciones adecuadas ni estén destinadas para dicho propósito; o
 - Que esté relacionado con el cuidado asistencial; o
 - Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
 - Que no cuenten con los debidos respaldos documentales o que dichos documentos no cuenten con las debidas formalidades legales, exigidos para su validez y conforme la normativa vigente.
- 13.2** Los exámenes auxiliares diagnósticos, anatomopatológicos y de pruebas diagnósticas y estudios polisomnográficos, que no sean médicamente necesarios para el diagnóstico de enfermedades o lesiones. Incluye chequeos médicos y evaluaciones generales de salud distintos a los estipulados en “Tarifa Cero”.
- 13.3** Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado Titular o los miembros de su grupo asegurado elegible para trabajar o viajar y la emisión de certificados médicos.
- 13.4** Cualquier atención por enfermedad o lesión dentro de los primeros treinta (30) días para cobertura ambulatoria y noventa (90) días para cobertura hospitalaria contados desde la fecha efectiva de esta póliza; con excepción de aquellas que representen una emergencia médica que ponga en riesgo inmediato la vida del Asegurado, en cuyo caso se cubrirá únicamente el tratamiento médico que reciba el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible en la sala de emergencia para su estabilización inicial.
- 13.5** Se aclara que para el diagnóstico de apendicitis y su tratamiento (apendicectomía) no se limitará a la sala de emergencia y se otorgará cobertura considerando el período de carencia para emergencia.
- 13.6** Cirugía electiva, plástica o cosmética, así como las complicaciones que sean consecuencia de esta o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, cosmético y estético, a menos que sea médicamente necesario debido a un accidente o una lesión, deformidad funcional o enfermedad cubierta bajo la póliza, o sea una condición preexistente declarada cubierta bajo la póliza.
- 13.7** Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes no declaradas, y como se estipula en la cobertura denominada “Condiciones Preexistentes”.
- 13.8** Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la autoridad nacional competente.
- 13.9** Cualquier porción de un gasto que exceda lo **Usual, Acostumbrado y Razonable (UCR)** por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido y/o que exceda el monto aprobado por la Compañía para dicho procedimiento.
- 13.10** Cualquier tipo de tratamiento, procedimiento de fertilidad e infertilidad, incluyendo la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, complicaciones derivadas de dichos procedimientos y la maternidad subrogada.
- 13.11** Cualquier reversión de esterilización, terminación voluntaria del embarazo, a menos que exista un peligro para la vida o la salud de la mujer embarazada, cuando dicho riesgo no pueda ser evitado por otros medios y sea indicado como procedimiento médicamente necesario por parte del médico tratante. Así como, cualquier consecuencia o secuela debido a lo anterior. Se excluye también cualquier gasto relacionado a planificación familiar.
- 13.12** Cualquier tratamiento dental, así como cualquier tratamiento médico que guarde relación con, o que derive de, una complicación del mismo, salvo aquellos tratamientos expresamente contemplados en los numerales 10.20 “Tratamiento Dental de emergencia a consecuencia de un accidente” y 11.3. “Beneficio de Asistencia Dental”.
- 13.13** Cualquier gasto médico realizado fuera del territorio ecuatoriano, salvo lo expresamente contemplado en el numeral 11.2. “Beneficio de Asistencia en Viajes”.
- 13.14** Cuidado podológico o podiátrico que sea cosmético o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
- 13.15** Todo tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con la maternidad, para embarazos que se hayan producido durante el período de carencia de sesenta (60) días, salvo lo estipulado en el “Anexo de Tarifa Cero”.
- 13.16** La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea médicamente necesario y preaprobado por la Compañía.
- 13.17** Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula, o desórdenes de la articulación de la mandíbula, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo-mandibulares y otras condiciones de la mandíbula o de la articulación de la mandíbula que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.
- 13.18** Cualquier tratamiento médico realizado o prescrito por el propio Asegurado Titular o por alguno de los miembros de su grupo asegurado elegible, así como también familiares que se encuentren dentro del primer grado y segundo grado de consanguinidad y afinidad.
- 13.19** Los medicamentos sin receta médica y/o que no cuenten con registro sanitario otorgado en Ecuador, y/o que no estén relacionados con un padecimiento o accidente cubierto por esta Póliza, así como tampoco lo siguiente:
- Los medicamentos que no sean médicamente necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea médicamente necesario.
 - Los medicamentos para tratar la dependencia al tabaco.
 - Los medicamentos cosméticos, aunque sean recetados para propósitos no-cosméticos.
 - Los cargos por suministrar, administrar o inyectar medicamentos, cuando estos no sean efectuados por un médico o un enfermero y que no sea parte del tratamiento indicado por el médico tratante.
 - El resurtimiento de una receta médica que sobrepase el número de resurtimientos prescritos por el médico, o que se haga un (1) año después de la fecha de emisión de la receta. Entiéndase por resurtimiento cuando la receta ha sido prescrita por el médico para rellenarse en más de una ocasión para la misma dolencia.
- 13.20** Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea preaprobado por la Compañía.
- 13.21** Almacenamiento de médula ósea, células madre, u otro tipo de tejido o célula, sangre del cordón umbilical.
- 13.22** Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la críopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración. Excepto cuando se utiliza temporalmente un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente.

- 13.23** Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, contaminación nuclear o química, guerra declarada o no declarada, agresión armada, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, tumulto, conspiración, disturbios del orden público, desórdenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el Asegurado
- a) ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,
 - b) ha participado activamente en la ejecución, ha intentado participar o ha estado involucrado en la comisión de los hechos, o
 - c) ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.
- 13.24** Tratamiento de cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa, excepto en los casos que el Asegurado presente la documentación correspondiente, que respalde que su fuente principal de ingresos proviene de dicho deporte o actividad peligrosa.
- 13.25** Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual, impotencia e inadecuaciones sexuales, así como transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o tratamientos, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la póliza.
- 13.26** Se encuentra excluido todo gasto relacionado con la hormona del crecimiento para el tratamiento de talla corta constitucional, excepto cuando la talla corta constitucional sea consecuencia de enfermedades consideradas catastróficas, raras y huérfanas, tal como se definen en la numeral 8.2. de estas Condiciones Generales, y siempre que dichos tratamientos sean médicamente necesarios y preaprobados por la Compañía.
- 13.27** Afectaciones al estado de salud del Asegurado que se deriven de actos negligentes, imprudentes o temerarios, así como aquellas que resulten del incumplimiento de leyes, regulaciones o normativas aplicables. También se excluyen las consecuencias originadas por el uso indebido de bienes o servicios, contrario a las advertencias o instrucciones proporcionadas por el fabricante, proveedor o autoridad competente.
- 13.28** Asimismo, no se cubrirán las lesiones, incapacidades o cualquier otra afectación que provenga de la participación directa del Asegurado en actos tipificados como faltas, infracciones, contravenciones o delitos conforme a la legislación vigente. Cuando dichos actos no sean responsabilidad del Asegurado, LA COMPAÑÍA indemnizará por cualquier gasto cubierto bajo esta Póliza únicamente mediante reembolso, sujeto a que la falta de provocación por parte del Asegurado afectado haya sido acreditada ante LA COMPAÑÍA mediante la presentación de copia autenticada de la resolución emitida por la autoridad competente, debidamente ejecutoriada, declarando que dichos actos fueron provocados por terceros.
- 13.29** Lesiones, incapacidades o tratamientos resultantes de enfermedades, que sean declaradas como epidemia o pandemia por el Ministerio de Salud Pública o por la Organización Panamericana de la Salud o que provenga de desastres naturales, guerra, conmoción civil, revolución, asonada, y participación activa en huelgas y motines, excepto en los casos que la autoridad nacional competente lo disponga. En cuyo caso, se aplicará lo dispuesto en el numeral 8.4. “Otras que determine la Autoridad Sanitaria” según el límite establecido en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.
- 13.30** Artículos y servicios no inherentes al diagnóstico y tratamiento médico, así como material suntuoso y que puedan ser usados por terceros que no sean el paciente, los cuales no tengan un requerimiento médico o sean requeridos directamente por el paciente sin orden o prescripción médica.
- 13.31** Cobertura para gastos de alojamiento en habitaciones tipo suite.
- 13.32** Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un establecimiento de salud debidamente autorizado por la autoridad nacional sanitaria.
- 13.33** Tratamientos relacionados para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Así, como los Trastornos de salud mental no contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente en Ecuador.
- 13.34** Tratamiento para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño.
- 13.35** Ningún gasto derivado de la eutanasia o muerte asistida, en cualquiera de sus modalidades, incluso si el procedimiento esté legalizado y/o regulado.
- 13.36** Gastos de registro/administración en hospitales o instituciones similares.
- 13.37** Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias autoinfligidas por el propio Asegurado o un tercero a solicitud del Asegurado, así como suicidio y suicidio fallido, excepto atenciones de emergencia a consecuencia de intento de suicidio que sean producto de enfermedad mental de base orgánica en cuyo caso se aplicará lo dispuesto en el numeral 9.3 según el límite establecido en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.
- 13.38** Cualquier lesión, enfermedad o padecimiento que requiera tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida, pero el pronóstico médico indique que el paciente ha perdido la habilidad de estabilizarse y recuperar su función normal, la Compañía se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico médico. la Compañía no continuará pagando el mantenimiento artificial de la vida del paciente dentro de una institución hospitalaria cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del paciente o en la restauración de su salud o se diagnostique muerte cerebral.
- 13.39** Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el Asegurado es susceptible o no de desarrollar una enfermedad o dolencia y cuyo único propósito sea preventivo.
- 13.40** Tratamientos, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK), excepto por lo dispuesto en el numeral 10.13. “Cobertura para operaciones de Excímer Láser”, el cual aplicará el límite establecido en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.
- 13.41** Tratamientos en cualquier institución gubernamental, cuando el Asegurado es derechohabiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.
- 13.42** Tratamiento para o como resultado de la obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional, excepto por lo dispuesto en el numeral 10.24. “Atención integral a personas con problemas de malnutrición incluye medicamentos suplementarios y vitaminas”, el cual aplicará el límite establecido en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

14. DEFINICIONES

- 14.1 ACCIDENTE**
Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, y violenta que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.
- 14.2 ACTIVIDADES PELIGROSAS**
Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), carreras de automóviles, motocross, motociclismo, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo,

incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, “vale todo”, MMA (artes marciales mixtas), esgrima, rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling, caminata de montaña (“trekking” o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel, cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o “skateboard”; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros; trapezio, equilibrista; halterofilia; esquí acuático o sobre nieve, “snowboard” o “sandboard”, la participación en cualquier deporte extremo, cualquier otro deporte o actividad no nombrado que presente un peligro real o aparente para la integridad física de quienes lo practican, incluso un riesgo vital.

14.3 ANEXO MODIFICATORIO

Documento que forma parte integrante de la póliza, mediante el cual la Compañía, con el consentimiento de las partes, hace constar cualquier modificación, aclaración, ampliación o variación de las Condiciones Particulares en beneficio del Asegurado y que regirá a partir de la fecha estipulada en el mismo.

14.4 AÑO CALENDARIO

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

14.5 AÑO PÓLIZA

El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha efectiva de la Póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

14.6 APNEA DE SUEÑO

La apnea del sueño es un trastorno del sueño que se caracteriza porque mientras se duerme se produce la interrupción de la respiración durante un mínimo de 10 segundos. Se trata de una enfermedad crónica en la que se producen más de 30 interrupciones de este tipo en una hora.

14.7 ASEGURADO

Es la persona quien tiene derecho a la cobertura de la póliza.

El término “Asegurado” incluye al Asegurado Titular y a todos los dependientes cubiertos bajo esta Póliza.

14.8 ASEGURADO TITULAR O PRINCIPAL

Es la persona que completa y suscribe la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica como titular o principal y es quien se encuentra facultado para realizar cualquier cambio, movimiento o actualización relacionado con la póliza. Además, es quien recibirá el reembolso de gastos médicos cubiertos.

14.9 BENEFICIARIO CONTINGENTE

Es la persona o entidad designada por el Asegurado Titular en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica facultada para recibir el beneficio económico relacionado con el reembolso de gastos médicos cubiertos en caso de fallecimiento del Asegurado Titular.

14.10 CERTIFICADO DE COBERTURA

Documento que el Asegurado puede solicitar a la Compañía en cualquier momento, que especifica la cobertura contratada, y que enumera a todas las personas cubiertas bajo la póliza.

14.11 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

Cualquier procedimiento quirúrgico efectuado primordialmente para restaurar una formación corporal que se ve lesionada como consecuencia de un accidente o de una cirugía para tratamiento de una enfermedad por malignidad.

14.12 COASEGURO

Es el porcentaje que debe asumir el Asegurado en el pago de los gastos cubiertos por determinadas coberturas y/o beneficios, aplicable una vez descontado el deducible, de acuerdo con lo indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

14.13 COASEGURO MÁXIMO (STOP LOSS)

Es el límite anual de desembolso directo que el asegurado debe cubrir por concepto de coaseguro, además del deducible. Una vez alcanzado este monto, la aseguradora cubrirá el 100% de los gastos médicos elegibles, conforme a los términos de la póliza y lo indicado en la Tabla de Coberturas. Este límite aplica por asegurado y por año póliza.

14.14 FEE ADMINISTRATIVO

Es el valor fijo que paga el Asegurado para obtener la atención requerida en los prestadores de la Red de Proveedores aplicable, disponible en la página web de la Compañía, de acuerdo con lo indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

14.15 CÓDIGOS CPT “Current Procedural Terminology” (CPT) o en español, “Terminología Procedimental Actual”

Es una lista de términos descriptivos y códigos de identificación para informar de manera estandarizada los procedimientos realizados por los profesionales de salud, proporcionando un lenguaje uniforme para la descripción precisa de los servicios médicos y quirúrgicos.

14.16 COLONOSCOPIA

Procedimiento endoscópico que permite la visualización directa del colon y recto mediante la introducción de un colonoscopio, con el fin de detectar alteraciones y realizar toma de muestras.

14.17 CONTRATANTE

Persona natural o jurídica legalmente capaz de contraer obligaciones, que ha solicitado la emisión de la póliza para sí misma en caso de ser persona natural o para terceras personas sobre las cuales mantenga un interés asegurable, y que además se compromete a realizar el pago de la prima. Además, es quien recibirá la devolución de primas, en los casos aplicables.

En caso de que no se haya nombrado un Contratante en la Solicitud de Seguro, se entenderá que quien está solicitando la contratación de la póliza es el Asegurado Titular y quien adquiere a su vez la calidad de Contratante de la póliza.

14.18 CONVIVIENTE LEGAL

Las parejas que mantienen unión de hecho legalmente demostrable reconocida ante la autoridad pública competente.

14.19 CUIDADO ASISTENCIAL

Conjunto de actividades de apoyo destinadas a asistir a una persona en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, tales como alimentación, higiene personal, movilidad, vestido y supervisión general. Este tipo de cuidado puede ser proporcionado por personal sin formación médica o de enfermería.

14.20 CUIDADOS INTENSIVOS

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

14.21 DEDUCIBLE

El deducible individual es la cantidad anual de los gastos cubiertos que debe ser pagada por cada Asegurado por cada año póliza, y que debe ser cubierta antes de que las coberturas y/o beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

14.22 DEPENDIENTES ELEGIBLES

Son los miembros de la familia que han sido identificados en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los dependientes elegibles incluyen:

- a) El o la cónyuge o conviviente legal del Asegurado Titular,
- b) Hijos biológicos,
- c) Hijos adoptados legalmente,
- d) Hijastros,
- e) Menores de edad para quienes el Asegurado ha sido designado como representante legal por una corte de jurisdicción competente, y
- f) Nietos nacidos bajo la cobertura de la póliza que sean hijos de asegurados dependientes menores de dieciocho (18) años.

14.23 DIAGNÓSTICO

Es el procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante al que el paciente padece, el diagnóstico deberá estar identificado conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente en el Ecuador.

14.24 DIÁLISIS

Procedimiento o terapia de reemplazo de la función renal de manera artificial debido a un fallo de la función de ambos riñones como órgano. Este procedimiento permite eliminar las sustancias tóxicas que de manera natural elimina el riñón sano.

14.25 DONANTE

Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).

14.26 EMERGENCIA

Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, corresponde a triaje 1 y 2 en la Escala de Manchester.

14.27 ENFERMEDAD O DOLENCIA

Condición anormal o alteración en la salud del Asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor certificado por el órgano competente en la región, país o localidad donde se realice la atención, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables. Se considera una enfermedad o dolencia aguda y seria, aquellas que tiene un comienzo súbito y una evolución rápida, incluyendo su resolución.

14.28 ENFERMEDAD CATASTRÓFICA

Es aquella que cumple con las siguientes características:

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

14.29 ENFERMEDAD INFECCIOSA

Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.

14.30 ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS

Las enfermedades de baja prevalencia o raras, como indica su nombre se presentan con baja frecuencia en la población (1 por cada 10.000 habitantes) pueden ser de alta complejidad, difícil diagnóstico, crónicas e incapacitantes, serán definidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

14.31 EPIDEMIA

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

14.32 EVENTO

Hecho que puede ocurrir y que resulta en una o más lesiones corporales, o una o más enfermedades, por el cual, el Asegurado solicite en un momento dado atención médica. Todas las lesiones corporales sufridas al mismo tiempo y debido al mismo hecho se considerarán en conjunto para formar parte de un solo evento. Todas las enfermedades y/o lesiones corporales que existan simultáneamente y que en un momento dado cualquiera de ellas lleve al Asegurado a buscar atención médica, sean o no debido a causas relacionadas, se considerarán en conjunto para formar parte de un solo evento. Si un evento actual es causado por las mismas condiciones o condiciones relacionadas con la causa que derivó en un evento anterior (incluyendo cualquier complicación), el evento actual se considerará una continuación del evento anterior y no un evento distinto. Para efectos de la eliminación del coaseguro por accidente notificado a la compañía, este se eliminará por el evento del accidente cubierto y los eventos posteriores directamente relacionados con el accidente dentro del año póliza en que ocurrió el mismo.

14.33 EUTANASIA O MUERTE ASISTIDA

Es el procedimiento que a petición de parte o por un representante en caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad es realizado por un médico para poner fin a la vida de quien padece sufrimiento insoportable proveniente de una lesión corporal grave e irreversible o una enfermedad grave e incurable.

14.34 EXPERIMENTAL

Todo servicio, procedimiento, dispositivo médico, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas por la autoridad nacional competente. Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la autoridad nacional competente, a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada.

14.35 FECHA DE RENOVACIÓN O ANIVERSARIO

Se refiere al día en que finaliza el período vigente de la póliza y comienza uno nuevo.

- 14.36

FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en que la prima vence y debe pagarse.
- 14.37

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA O FECHA EFECTIVA

Fecha en que comienza la cobertura de la póliza, y que consta en las Condiciones Particulares.
- 14.38

FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado en la región, país o localidad donde se brinde el tratamiento, con la intención de habilitar a personas que han visto reducida su capacidad para desenvolverse con normalidad debido a una lesión, enfermedad o cirugía seria, o para tratamiento del dolor, para alcanzar y mantener normal su función física, sensorial e intelectual. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional y otros.
- 14.39

GASTOS ELEGIBLES

Se refiere a aquellos gastos incurridos por tratamientos cubiertos, que la Compañía pagará tal como se ha especificado en estas Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Tabla de Coberturas de la Póliza. Estos gastos deben corresponder a servicios y suministros considerados médicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de lesiones accidentales o enfermedades cubiertas bajo la póliza, y que estén basados en los cargos usuales, acostumbrados y razonables dentro del área geográfica donde se preste la atención médico-hospitalaria. Los gastos estarán sujetos al deducible, coaseguro correspondiente. Los gastos en exceso de dichos cargos no estarán cubiertos.
- 14.40

HABITACIÓN PRIVADA

La habitación estándar de un hospital o clínica equipada para alojar a un solo paciente.
- 14.41

HABITACIÓN SEMI-PRIVADA

La habitación estándar de un hospital o clínica equipada para alojar a más de un paciente.
- 14.42

HOSPITAL DEL DÍA

Atenciones a pacientes en un establecimiento de salud, que brinde el servicio de hospitalización, a fin de que reciba atención y asistencia por parte de profesionales médicos, de enfermería, personal auxiliar, servicios auxiliares de diagnóstico, pero que no superen las veinticuatro (24) horas de internación y el alta se dé dentro de ese período de tiempo.
- 14.43

INCAPACIDAD

Cualquier patología, y/o condición médica de una persona, que se derive de una misma causa y/o esté relacionada con un mismo sistema o aparato, así como sus consecuencias y complicaciones asociadas a dicho diagnóstico o evento; y, que a su vez tenga un diagnóstico definitivo confirmado por un profesional de la salud autorizado.
- 14.44

INTERÉS ASEGURABLE

Tiene interés asegurable toda persona cuyo patrimonio pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por la ocurrencia de un siniestro y que mantiene un vínculo demostrable con el Asegurado.
- 14.45

LESIÓN

Daño o detrimento causado al organismo por un accidente y que requiera de intervención médica.
- 14.46

MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA

Son los tratamientos que reemplazan o apoyan las funciones de un cuerpo enfermo o herido. Cuando el paciente tiene una condición tratable, el tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida (incluyendo intubación y ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado) se usa temporalmente hasta que su condición pueda estabilizarse y el cuerpo pueda recuperar su función normal. Algunas veces, el cuerpo nunca recupera la habilidad de funcionar con el tratamiento para mantenimiento artificial de la vida. En esos casos, es la condición subyacente, no el acto de discontinuar el tratamiento, lo que produce la muerte.
- 14.47

MÉDICAMENTE NECESARIO

El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por la Compañía como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o dolencia o lesión y que esté de acuerdo con protocolos nacionales e internacionales establecidos por los organismos competentes. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

a)

Es proporcionado solamente como una facilidad para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite

b)

No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado o el miembro del grupo asegurado elegible;

c)

Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado;

d)

Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (organismo regulador competente).

14.48

MEDICAMENTOS DE MARCA/ DE CASA COMERCIAL

Son medicamentos que hacen referencia al nombre comercial o registro de marca, definido como el nombre registrado de un producto.

14.49

MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Son medicamentos vendidos bajo la denominación del principio activo en igual composición y fórmula farmacéutica que su equivalente de marca.

14.50

MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

Son medicamentos con mecanismos de acción especial, diseñados para tratar condiciones médicas de alta complejidad y cronicidad, y el seguimiento se hace bajo estricta supervisión de un especialista. La Compañía evaluará la cobertura del medicamento o del componente activo en cualquiera de sus presentaciones disponibles, genéricas o de casa comercial.

14.51

MUERTE CEREBRAL

Es la terminación completa e irreversible de toda función cerebral. Esto significa que, como resultado de daño o lesión al cerebro, el aporte de sangre al cerebro queda bloqueado y el cerebro muere.

14.52

PAÍS DE NACIONALIDAD

El país que le ha otorgado nacionalidad al Asegurado y que éste ha especificado en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica, o el que se le haya informado posteriormente a la Compañía por escrito.

14.53

PAÍS DE RESIDENCIA

El país de origen o donde las autoridades competentes (como autoridades migratorias) le han otorgado residencia al Asegurado, el cual debe ser especificado en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica, o informado posteriormente a la Compañía por escrito al momento de producirse un cambio. También se considera al país de residencia

a)

Donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza; o

b)

Donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la Póliza está en vigencia.

PÓLIZA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA **BUPA CUIDADO TOTAL** Código aprobado ACEES. Ligado al contrato: 012-SI-024

14

- 14.54

PADEMIA

Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local).
- 14.55

PERÍODO DE GRACIA

Es el período de treinta (30) días contados desde la fecha en que debió realizar el último pago de la prima, durante el cual la Compañía no suspenderá la cobertura, de acuerdo con lo indicado en el Código de Comercio.
- 14.56

PERÍODO DE INCAPACIDAD

Corresponde al año póliza, en el que la Compañía brindará al Asegurado, las coberturas descritas en la póliza. Los montos de cobertura descritos en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente se restablecerán en cada renovación de acuerdo con las condiciones aplicables para dicha renovación.
- 14.57

PRIMA

Es la contraprestación económica (precio o costo), que el Contratante debe pagar a la Compañía, para que esta asuma las obligaciones de cobertura estipuladas en la póliza. Este pago puede ser único o periódico, dependiendo de las formas de pago disponibles por la Compañía.
- 14.58

PRIMA DEVENGADA

Corresponde a la parte proporcional de la prima que se devenga diariamente en función del tiempo transcurrido, durante el cual la Compañía ha mantenido vigente la cobertura del seguro.
- 14.59

PRIMA NO DEVENGADA

Es la parte de la prima pagada y que corresponde al período futuro de vigencia que no ha transcurrido. Se calcula proporcionalmente al tiempo restante de vigencia de la póliza.
- 14.60

PRÓTESIS CAPILAR (PELUCA)

La prótesis capilar es una pieza formada por una base especial en forma de malla a la que están unidas fibras de cabello. Las coberturas y exclusiones y limitaciones de este plan de seguro figuran en la Tabla de Beneficios correspondiente.
- 14.61

RECEPTOR

La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.
- 14.62

RECIÉN NACIDO

Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
- 14.63

RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA

Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.
- 14.64

RED DE PROVEEDORES

Hospitales, clínicas, médicos o doctores, laboratorios y demás proveedores de servicios médicos con los que la Compañía tiene convenio.

a)

La red de proveedores está disponible en la página web de la compañía y está sujeta a cambio sin previo aviso.

b)

Para que el Asegurado goce de los beneficios estipulados por utilización de la Red de Proveedores, todo tratamiento, deberá ser coordinado entre el proveedor y la Compañía, para lo cual el Asegurado deberá identificarse como asegurado de Bupa.
- 14.65

SEGUNDA OPINIÓN

La opinión de un médico distinto del médico tratante.
- 14.66

SCREENING NEONATAL

Conjunto de pruebas realizadas al recién nacido para detectar de forma temprana enfermedades congénitas o alteraciones metabólicas, auditivas y cardíacas, mediante métodos simples y no invasivos.
- 14.67

SINIESTRO

Es la realización del evento incierto previsto en la póliza, que da derecho al pago de la suma asegurada correspondiente de acuerdo con los límites de las coberturas contratadas y pagadas.
- 14.68

SOLICITUD DE SEGURO

Declaración escrita por el Asegurado Titular en un formulario proporcionado por la Compañía, con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la Compañía para determinar la aceptación o limitación del riesgo. La Solicitud de Seguro incluye cualquier, historial médico, cuestionarios, exámenes y certificados médicos que pudiesen ser solicitados por la Compañía, antes de la emisión de la póliza.
- 14.69

TABLA DE COBERTURAS O BENEFICIOS

Documento que constituye parte integrante de la póliza, en el cual se especifican detalladamente las coberturas y beneficios contratados, incluyendo los límites y sublímites aplicables y la forma en que estos aplican.
- 14.70

TRASPLANTE

Procedimiento durante el cual un órgano, célula o tejido es implantado de una persona a otra, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.
- 14.71

Trastornos de salud mental

Es el síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo de capacidades que subyacen en su función mental. Se entenderá como trastornos de salud mental a todos aquellos definidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente en Ecuador.
- 14.72

URGENCIA

Es todo estado patológico de rápida instauración o por accidente fortuito que no pone en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que genera la necesidad imperiosa de recibir o brindar atención de salud, corresponde a triaje 3 y 4 en la Escala de Manchester.
- 14.73

USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR)

Es el monto máximo que la Compañía considera elegible para el pago de una cobertura o beneficio. Este valor se determina en función de los costos prevalecientes en el mercado ecuatoriano para el servicio médico requerido y conforme al tarifario aplicable vigente, el cual se encuentra especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

15. VIGENCIA

Sujeto a las Condiciones Generales de esta póliza, la cobertura comienza desde el día y hora indicado en las Condiciones Particulares. En todos los casos, el Asegurado Titular deberá estar al día en el pago de la prima correspondiente, para que sus coberturas estén vigentes.

16. ELEGIBILIDAD Y DESIGNACIÓN DE ASEGURADOS

Esta póliza solo podrá ser contratada por residentes del territorio de la República del Ecuador, mayores de dieciocho (18) años y legalmente capaces para contratar. **Para la renovación de la misma, no habrá límite de edad, sin perjuicio de los ajustes en la prima que deba hacerse, por el aumento de edad de los Asegurados de la póliza.**

Dentro de la póliza podrán incluirse, únicamente, **las personas que tengan relación de cónyuge o conviviente legal del Asegurado Titular, hijos, hijastros; y menores de edad para quienes el Asegurado ha sido legalmente designado como tutor legal**, para lo cual, deberá solicitarse su inclusión, en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Local Individual correspondiente. Estas personas serán el grupo asegurado elegible del Asegurado Titular.

La cobertura está disponible para los dependientes (hijos, hijastros y menores de edad) del Asegurado Titular bajo las siguientes condiciones:

- a) Hasta los veinticuatro (24) años de edad, siempre y cuando sean solteros y dependen económicamente del Asegurado Titular. Una vez cumplida esta edad, el dependiente será traspasado a una póliza individual como Asegurado Titular.
- b) En caso de que un dependiente (hijos o hijastros) contraiga matrimonio antes de los veinticuatro (24) años, no podrá continuar bajo la cobertura de la póliza del Asegurado Titular. Sin embargo, tendrá la opción de contratar una póliza de manera independiente.
- c) Nietos nacidos bajo la cobertura de la póliza que sean hijos/hijastros de asegurados dependientes menores de dieciocho (18) años.

17. RESIDENCIA EN EL PAÍS

Para tener derecho a la cobertura, el Asegurado y miembros de su grupo elegible deberán ser residentes y vivir permanentemente en Ecuador. La Compañía se reserva el derecho de cancelar anticipadamente o no renovar la póliza, siguiendo el trámite legal correspondiente, en caso de que cualquier Asegurado resida en un país distinto de Ecuador. Esta situación podrá conllevar a la terminación de la cobertura para el Asegurado que se convierta en residente fuera del Ecuador, independientemente del tipo de visa que le haya sido otorgada o de su situación migratoria.

El Asegurado tendrá que notificar por escrito a la Compañía su cambio de residencia permanente a otro país dentro de un período de treinta (30) días calendario antes de haber efectuado dicho cambio.

Se deja constancia de que ningún gasto médico estará cubierto fuera del Ecuador.

18. LÍMITE MÁXIMO ANUAL POR INCAPACIDAD

Monto máximo de cobertura en dólares americanos o moneda de curso legal en Ecuador, asignado por incapacidad, por asegurado y por año póliza, sujeto a los límites que se estipulan en las Condiciones Particulares y Tabla de Coberturas del plan correspondiente. El monto especificado se utilizará para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos elegibles en los que incurra el asegurado en la vigencia en curso por una misma incapacidad o evento cubierto bajo la póliza en el territorio de Ecuador.

El monto máximo para la reclamación será el límite máximo anual, reducido por todos los pagos que la Compañía ha efectuado por las atenciones cubiertas ocurridas durante la vigencia en curso por una misma incapacidad o evento.

Al concretarse la renovación de la póliza, se restablecerá el límite máximo anual por incapacidad, por asegurado y por año póliza. Los gastos elegibles deberán aplicarse a la vigencia correspondiente según su fecha de ocurrencia.

En caso de condiciones preexistentes declaradas, se aplicará el monto de cobertura de ley, de acuerdo con lo establecido en el numeral 12. “Preexistencias”.

19. SUBLÍMITES

Es el monto máximo que la compañía cubrirá para determinadas coberturas, beneficios, tratamientos u otras que se especifiquen en las Condiciones Particulares o Tabla de Coberturas del plan correspondiente. En caso de que una condición cubierta bajo la póliza le sea aplicable un sublímite, el monto de los gastos se reducirá tanto del límite máximo anual establecido para dicha condición, como del sublímite correspondiente.

Se deja constancia de que, una vez agotado el monto máximo del sublímite, no se cubrirán gastos excedentes del beneficio sublimitado, aun cuando el límite máximo anual establecido para la incapacidad o condición no se haya consumido en su totalidad.

20. DEDUCIBLE, COASEGURO Y FEE ADMINISTRATIVO

Todos los gastos incurridos están sujetos a la aplicación de deducible y coaseguro, de acuerdo con lo descrito en la Tabla de Coberturas y de acuerdo a las definiciones que constan en este contrato, a menos que en la prestación se indique textualmente que no aplican.

Existen ciertos beneficios en los que únicamente se aplica un Fee Administrativo, siempre que el servicio se brinde dentro de la Red de Proveedores, y esté claramente especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

21. DEDUCIBLE ANUAL

El deducible es anual y se aplica de forma individual para cada asegurado. Tanto el Asegurado Titular como cada uno de sus dependientes deberán cubrir su respectivo deducible anual antes de que inicie la responsabilidad de la Compañía para cubrir los gastos médicos que resulten procedentes.

Solo se considerarán para el cumplimiento del deducible aquellos gastos elegibles conforme a la póliza y que hayan sido incurridos por cada asegurado de manera individual.

Aun cuando la cantidad que el Asegurado esté reclamando sea menor que el total del deducible anual, se deberá enviar la reclamación para que la Compañía registre y reconozca los valores abonados al deducible y que contribuirán para cubrir su deducible anual.

22. DECLARACIÓN FALSA, RETICENCIA, FRAUDE Y ACTUACIONES DE MALA FE

El Asegurado Titular debe declarar de forma objetiva y veraz toda la información solicitada por la Compañía en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica, tanto sobre sí mismo como sobre sus dependientes. Asimismo, está obligado a proporcionar datos legítimos y exactos en relación con las reclamaciones presentadas para indemnización.

Cualquier declaración falsa, inexacta u omisión de información que la Compañía requiera y que pueda influir en la aceptación del contrato, en sus condiciones o en el pago de una reclamación, se considerará que existe mala fe por parte del Asegurado, y facultará a la Compañía para suspender las coberturas e iniciar el reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, así como cualquier otra acción legal pertinente. Además, podrá solicitar la terminación unilateral del contrato ante el mismo organismo.

23. PERÍODOS DE CARENCIA

Los períodos de carencia se contarán desde la fecha efectiva de la póliza, o desde la fecha de inclusión de los dependientes.

A continuación, se resumen los Períodos de Carencia aplicables, los mismos que están sujetos a lo determinado en estas Condiciones Generales y en la Tabla de Coberturas para cada uno de los beneficios:

Periodos de Carencia	
Emergencia	24 horas
Apendicectomía	24 horas
Urgencia	24 horas
Atención Ambulatoria	30 días
Maternidad	60 días calendario tomando como fecha de inicio del embarazo el primer día de la última menstruación
Atención Hospitalaria	90 días
Enfermedades preexistentes declaradas calificadas como discapacidad	3 meses
Preexistencias declaradas	24 meses

23.1 EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE CARENCIA

La Compañía podrá exonerar sujeto a evaluación el período de carencia para coberturas ambulatorias y hospitalarias en los siguientes casos:

- a) El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos similar o de mayor cobertura en otra compañía domiciliada legalmente en Ecuador durante por lo menos un (1) año;
- b) La fecha efectiva de esta Póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior;
- c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local;
- d) La Compañía recibe la póliza anterior, el certificado de cobertura y la copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura junto con la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica, así mismo la Compañía podrá solicitar cualquier documentación adicional que considere pertinente.
- e) Para los cambios de plan o producto dentro de la misma Compañía, se aplicará lo establecido en el numeral 33. “Cambio de Plan o Producto”.

El levantamiento del período de carencia no aplica para condiciones preexistentes, cobertura de embarazo, procedimientos preventivos, cirugías electivas, o cualquier otro beneficio en el que se ha establecido un período de carencia específico en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

La exoneración de carencias deberá constar expresamente determinado en las Condiciones Particulares de la póliza, de lo contrario, se entiende que se aplican las carencias contenidas en las Condiciones Generales y Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

24. MODALIDAD DEL PLAN

La Compañía opera a través de las modalidades: red cerrada, red abierta y mixta de acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, por lo tanto, en los casos en los que se especifique modalidad cerrada o mixta, el Asegurado podrá elegir al proveedor dentro de la red de proveedores aplicable al plan. En los casos en los que se especifique una modalidad abierta o mixta, el Asegurado podrá optar por un prestador a libre elección, siempre y cuando, el mismo cuente con las habilitaciones legales necesarias. Para los casos en los que se especifique que el Asegurado debe obtener preaprobación, deberá seguir el proceso definido de acuerdo con el numeral 37. “Preaprobaciones” para recibir las atenciones de salud que requiera, ya sea que el prestador pertenezca a una red de proveedores de Bupa o no.

En caso de que la Compañía detecte que alguno de los servicios médicos recibidos en un prestador de la modalidad abierta, no cuenta con las habilitaciones legales necesarias para brindar el servicio, la Compañía se reserva el derecho de realizar el pago de la cobertura, advirtiéndolo al asegurado que dicho prestador no cuenta con las habilitaciones legales necesarias.

El Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible se comprometen a mantener a la Compañía libre de toda responsabilidad por cualquier negligencia que resulten de los servicios prestados por un prestador que no pertenezca a la red de proveedores de Bupa.

En el caso de atenciones en la red de prestadores de Bupa, la responsabilidad subsidiaria de la Compañía establecida en la ley se aplicará, únicamente en los casos en los que haya incumplido su obligación de verificación de las habilitaciones legales necesarias de cada prestador.

25. PROHIBICIÓN DE INCREMENTO DE TARIFAS POR ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CATASTRÓFICAS

La Compañía, ante el aparecimiento de enfermedades crónicas y catastróficas, sobrevinientes a la contratación, no incrementará las tarifas o precio al Asegurado de este contrato y tampoco negará la renovación de este por dichas causas.

26. TARIFARIO MÉDICO

El tarifario es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por los prestadores médicos.

La Compañía utilizará para el cálculo y pago de las reclamaciones presentadas por el Asegurado el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (McGraw Hill), de acuerdo a lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

27. PAGO DE LA PRIMA

El Contratante es responsable del pago a tiempo de la prima directamente a la Compañía, luego de la emisión de la factura realizada. La Compañía no se hace responsable de pagos que el Contratante o Asegurado realice a otra persona o empresa (incluido el agente o agencia asesora productora de seguros). Todos los valores monetarios mencionados en esta Póliza son en dólares americanos o su equivalente en la moneda oficial del Ecuador.

Si el Contratante estuviere en mora en el pago de las contraprestaciones económicas, el Asegurado tendrá derecho a la cobertura vía reembolso por treinta (30) días, contados a partir de la fecha en que debió realizar el último pago; vencido dicho plazo, se suspenderá la cobertura, excepto para la que corresponda a emergencia médica triaje 1 y 2 de la Escala de Manchester para su estabilización inicial, conforme a lo indicado en el numeral 8.1. “Atención de Emergencia”, en cuyo caso se dará cobertura hasta el límite establecido en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, por sesenta (60) días adicionales, contados a partir de haberse terminado el período de gracia inicial de treinta (30) días, y cubrirá únicamente el tratamiento médico que reciba el Asegurado en la sala de emergencia para su estabilización inicial. Para la suspensión del financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, será necesario la notificación previa al Asegurado Titular. La Compañía podrá descontar de la cobertura del siniestro, aquellas cuotas de la prima que se encuentren impagas.

De conformidad a lo establecido en el numeral 31. “Terminación Anticipada del Seguro” de este Condicionado General, la Compañía cancelará de manera unilateral la póliza por incumplimiento en el pago de la prima por más de noventa (90) días, contados desde la fecha en que debió realizarse el último pago.

28. CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS

Cada año de vigencia de la póliza, previa notificación al Contratante o Asegurado Titular, la Compañía podrá cambiar el monto que el Contratante debe pagar por la póliza, conforme a las Notas Técnicas aprobadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para el producto.

La Compañía enviará al Contratante o Asegurado Titular una notificación con no menos de treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la póliza a renovar, y la razón de dichos cambios. Posterior a esta fecha, la póliza se renovará de manera automática.

Los beneficios, límites de dichos beneficios, así como los términos y condiciones de esta Póliza, podrán ser cambiados, previa autorización de los entes reguladores, cumpliendo el procedimiento legal aplicable.

29. CONDICIONES DE RENOVACIÓN

Conforme a las disposiciones aplicables, la Compañía no podrá negar la renovación de la Póliza por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados.

La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento similares con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y con el Certificado de Aprobación de las Condiciones Sanitarias.

30. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de existencia de otros seguros de compañías domiciliadas legalmente en Ecuador que proporcionen las coberturas y/o beneficios cubiertos por esta Póliza, el Asegurado tendrá libre elección de hacer uso de cualquiera de ellos, según le convenga. La diferencia será cubierta por el otro seguro, de manera que el total pagadero entre ambos seguros no sobrepase el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos.

Toda coordinación de beneficios se gestionará únicamente mediante reembolso. En consecuencia, el asegurado no podrá solicitar coordinación de beneficios en los casos en que se requiera la emisión de una ‘Autorización de Cobertura’ de la Compañía al proveedor, ni en cualquier situación en la que la Compañía deba efectuar un pago directo al proveedor.

En ningún caso las coberturas y/o beneficios de esta Póliza podrán duplicarse, acumularse, ni exceder el máximo estipulado en las Condiciones Particulares y en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente. En caso de incumplimiento de esta condición, la Compañía podrá actuar conforme a lo estipulado en el numeral 22. “Declaración falsa, reticencia, fraude y actuación de mala fe”.

Cuando el asegurado mantenga otra póliza vigente con la Compañía, la cobertura bajo esta póliza se activará únicamente una vez que los beneficios de la póliza primaria hayan sido completamente agotados. Asimismo, no se permitirá la coordinación parcial del valor de una cobertura entre múltiples pólizas de manera simultánea.

La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios:

La liquidación del siniestro de la otra póliza del seguro que incluya:

- ▶ Nombre del proveedor
- ▶ Diagnóstico
- ▶ Fecha de servicio
- ▶ Tipo de servicio
- ▶ Monto total del servicio
- ▶ Monto cubierto por la otra aseguradora
- ▶ Responsabilidad del asegurado ante la otra aseguradora (deducible, coaseguro o copago, si aplica)
- ▶ Copia de las facturas de gastos médicos que fueron pagadas por la otra compañía aseguradora o de salud prepagada que contenga información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y los valores.

Los requisitos señalados anteriormente deberán ser enviados a la Compañía dentro del plazo señalado en el numeral 36. “Proceso y tiempos de reclamo para cobertura” y cumpliendo las siguientes formalidades copias simples con sello de fiel copia del original y firma de responsabilidad en cada documento de la liquidación de reembolso.

En la solicitud de reembolso enviada a la Compañía, deberá indicarse expresamente que se trata de una coordinación de beneficios. Para dicha coordinación, únicamente se considerarán los valores no cubiertos por la otra póliza o contrato de seguro, siempre que sean elegibles conforme a la cobertura del presente contrato. Asimismo, a la coordinación de beneficios se aplicarán el coaseguro y el deducible correspondientes.

31. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO

Durante la vigencia del presente contrato, el Asegurado Titular o Contratante podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, con al menos quince (15) días de anticipación a la fecha en la que se requiera la terminación, mediante notificación escrita a la Compañía, que deberá enviarse desde el correo electrónico registrado por la compañía o entregarse en las oficinas de la compañía. Los datos de contacto y la dirección de la Compañía se encuentran detallados al inicio de la página web, sección “Contáctanos”.

En caso de que la póliza estuviere en mora por más de noventa (90) días, contados desde la fecha en que se debió realizar el último pago, se notificará al Asegurado Titular o Contratante la terminación automática del contrato, por cualquiera de los medios reconocidos por la legislación de Ecuador.

El dolo o mala fe del Solicitante en la declaración sobre el estado del riesgo, es causal para que la Compañía pueda dar por terminado unilateralmente el contrato, para lo cual, iniciará un reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a fin de dar por terminado el contrato, como se indica en el numeral 22. “Declaración Falsa, Reticencia, Fraude y Actuaciones de Mala Fe” del presente contrato.

En caso de que esta póliza sea terminada por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación, y la Compañía sólo será responsable por tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que se hayan llevado a cabo antes de la fecha efectiva de terminación de la misma. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser necesario. La Compañía tendrá derecho al cobro de las primas efectivamente devengadas durante la vigencia de la póliza, así como al cobro de todos los gastos relacionados con la expedición de la póliza.

32. RESTABLECIMIENTO DE VIGENCIA DEL CONTRATO O REHABILITACIÓN DE PÓLIZA

En caso de terminación anticipada por decisión unilateral del Asegurado Titular o Contratante, este podrá solicitar, por una sola ocasión, el restablecimiento de la vigencia dentro de los tres (3) meses posteriores a la terminación, debiendo pagar todas las obligaciones económicas pendientes. La rehabilitación estará sujeta a la presentación de cualquier información que la Compañía requiera, pudiendo esta, a su sola discreción, exigir nueva evidencia de elegibilidad.

Se presume que el Asegurado actúa de buena fe y no ha agravado el riesgo. Si la Compañía detecta mala fe o incumplimiento de estas condiciones, suspenderá la cobertura e iniciará el reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para dar por terminado el contrato.

En ningún caso se exime al Asegurado Titular o Contratante del pago de las obligaciones económicas contraídas con la Compañía.

33. CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO

Al ser una póliza con vigencia anual, el Asegurado Titular o Contratante únicamente podrá modificar la póliza al momento de la renovación, sujeto a evaluación de riesgo y a la entrega del formulario que la Compañía provea, debidamente completado y firmado por el Asegurado Titular, en señal de aceptación de la transferencia o cambio de producto.

Las transferencias de producto constituyen un nuevo contrato de seguro (póliza), sujeto a las condiciones de suscripción y evaluación médica correspondiente, lo cual, a criterio de la Compañía, **podría implicar el restablecimiento de periodos de carencias, así como nuevas limitaciones.**

34. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Sin perjuicio de las demás obligaciones descritas en el presente Contrato, el Asegurado Titular o el miembro asegurado de su grupo elegible, cuando corresponda, tendrán las siguientes obligaciones:

- a) Cumplir oportunamente con todas las obligaciones contractuales y legales.
- b) Actuar de buena fe a la hora de contraer las obligaciones contractuales y en todo momento durante su relación con la Compañía.
- c) Responder personalmente por sus actos y por los de los dependientes, sin perjuicio de la responsabilidad que tiene cada uno de los asegurados;
- d) Cumplir con el pago al prestador de los gastos médicos incurridos durante el período de carencia, así como de los coaseguros y deducibles correspondientes.
- e) Proporcionar a la Compañía la información y datos requeridos en la Solicitud de Asistencia Médica. El Asegurado deberá notificar cualquier cambio de información de contacto, en el término de diez (10) días hábiles desde que se produzca dicha modificación, caso contrario se entenderá que no hay modificaciones y será válida toda notificación que se realice a los datos, inicialmente proporcionados.
- f) Proporcionar a la Compañía, en forma completa, veraz y oportuna, la información y documentación requeridas y necesarias para evaluar el estado de salud de los asegurados;
- g) Entregar dentro del plazo correspondiente los documentos completos, auténticos, verídicos y legalmente válidos para la solicitud de reembolsos, señalando cuando se trate de una coordinación de beneficios.
- h) Cumplir con todas las contraprestaciones económicas y mantener habilitado el método de pago elegido al momento de la suscripción de este Contrato o notificado posteriormente a la Compañía.
- i) Cuidar de su salud y no realizar ningún acto que ponga en riesgo su salud y que comprometa su integridad o la agrave.
- j) Colaborar en todo momento con la Compañía, en la entrega de la información aplicable que se le sea requerida.
- k) Las demás previstas en la presente Póliza.

35. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

Sin perjuicio de otras obligaciones establecidas en este contrato, la Compañía tendrá las siguientes obligaciones, aplicables a la prestación de sus servicios:

- a) Ofrecer información en calidad y cantidad suficiente para la toma de decisiones sobre los planes, programas y modalidades ofertadas. La información de los planes a contratarse constará en la página web de la Compañía.
- b) Pagar las indemnizaciones de las coberturas contratadas, aceptando los riesgos con carácter indemnizatorio, de conformidad con las Condiciones Particulares, Tabla de Coberturas, y según los montos y sublímites que ahí se determinen.
- c) Llevar un registro actualizado del portafolio de titulares, y dependientes, con detalle del tipo de planes y montos de cobertura.
- d) No establecer incrementos adicionales de manera individual a los aportes, cuotas o primas del plan contratado, ante el aparecimiento de enfermedades crónicas y/o catastróficas sobrevinientes a la entrada en vigor de la Póliza, ni negar la renovación de los contratos;
- e) Garantizar los derechos de los asegurados, en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa, en los términos previstos en la Ley;
- f) Suministrar la información que sea requerida por los organismos de regulación y control previstos en la Ley;
- g) Velar porque las prestaciones de los servicios de salud de la Red de Proveedores cumplan con los estándares de calidad establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional; y, exigir a los prestadores sanitarios encargados de dichas prestaciones, acrediten las respectivas aprobaciones académicas o licenciamiento, según corresponda; e,
- h) mplementar tecnologías de la información y comunicación, para facilitar la relación interactiva entre la compañía, la red de proveedores y los asegurados.

36. PROCESO Y TIEMPOS DE RECLAMO PARA COBERTURA

Para las coberturas y/o beneficios que, en estas Condiciones Generales, Condiciones Particulares o en la Tabla de Coberturas se indique que requieren preaprobación, se deberá seguir lo dispuesto en el numeral 37. “Preaprobaciones”.

Para otros procedimientos médicos que no se haya especificado que requieren preaprobación, o en los que no se requiera hospitalización, cirugía o sedación, y en los que el Asegurado realice directamente el pago al proveedor, el Asegurado tendrá un plazo de noventa (90) días calendario siguientes a la fecha de tratamiento o servicio para presentar a la Compañía la documentación respectiva y solicitar el reembolso de los gastos pagados, observando lo indicado en el numeral 38. “Documentos necesarios para la reclamación de un siniestro”.

Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes la ocurrencia del evento. En caso de omisión de dicha notificación, la indemnización del siniestro se procesará como una enfermedad o dolencia aplicando el coaseguro correspondiente. La información médica relacionada con el accidente será evaluada por la Compañía, y la compensación será determinada de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza.

37. PREAPROBACIONES

El Asegurado deberá obtener preaprobación o preautorización para cualquier cuidado médico o tratamiento, ya sea dentro de la red cerrada o la red abierta, que implique hospitalización, atenciones de Hospital del día, cirugía, sedación; o, cuando así se determine en estas Condiciones Generales, Condiciones Particulares o en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

En los casos que se requiera que la Compañía realice el pago directo al proveedor, el Asegurado deberá solicitar la preaprobación, **con al menos setenta y dos (72) horas de anticipación** a la fecha en la que se vaya a llevar a cabo el procedimiento, al fin de realizar la respectiva coordinación.

En situaciones de emergencia, cuando el prestador no haya notificado el evento, se recomienda que el Asegurado informe a la Compañía lo antes posible, preferiblemente dentro de las primeras setenta y dos (72) horas posteriores al inicio de la atención, siempre que las circunstancias lo permitan. Esta comunicación temprana facilita la gestión directa con el prestador y asegura una mejor coordinación del servicio. La falta de notificación en este plazo no afectará la cobertura del evento, salvo que se incumplan otras condiciones establecidas en la póliza.

En caso de que no se haya brindado la cobertura que fue preautorizada, dentro de los siguientes treinta (30) días a la fecha en la que la Compañía preautorizó, el Asegurado deberá solicitar una nueva preaprobación.

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

Para el otorgamiento de los servicios cubiertos descritos en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, será necesario cumplir con las siguientes condiciones:

- a) La póliza deberá encontrarse al día en el pago de sus obligaciones;
- b) Deberán haberse cumplido los períodos de carencia establecidos;
- c) Se deberá presentar la siguiente documentación:
 - ▶ “Formulario de cirugía programada” debidamente completado;
 - ▶ Informe Médico emitido por el médico tratante;
 - ▶ Exámenes complementarios de laboratorio clínico e imagen, acompañados del informe del médico radiólogo que respalde el diagnóstico.
 - ▶ Presupuesto de honorarios médicos, firmado y sellado por el médico tratante;
 - ▶ Para terapias de rehabilitación, se deberá presentar el plan de tratamiento certificado indicando propósito de las terapias o rehabilitación, objetivos a alcanzarse, período de tiempo necesario, tipo de terapias, tiempo de cada terapia, firmado y sellado por el médico tratante, y;
 - ▶ Otros que puedan ser requeridos por la Compañía.

38. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE UN SINIESTRO

En el caso de coberturas que se hayan brindado en red abierta el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible, deberá presentar a la Compañía, a través del portal, los siguientes documentos dentro del plazo de noventa (90) días calendario, siguientes a la fecha del tratamiento o servicio:

- a) Facturas originales, completas, verídicas y legalmente válidas;
- b) Receta médica que incluya el diagnóstico, firmada y sellada por el médico tratante;
- c) Pedidos de exámenes o procedimientos, firmado y sellado por el médico tratante;
- d) Resultados de exámenes o procedimientos, firmado y sellado por el médico tratante;
- e) Historia clínica completa, firmado y sellado por el médico tratante;
- f) Informes médicos, firmado y sellado por el médico tratante;
- g) Certificado médico con inicio de síntomas de patología, evolución de la enfermedad, tratamientos recibidos, firmado y sellado por el médico tratante;
- h) Presupuesto de honorarios médicos, firmado y sellado por el médico tratante;
- i) Para terapias de rehabilitación, se deberá presentar el plan de tratamiento certificado indicando propósito de las terapias o rehabilitación, objetivos a alcanzarse, período de tiempo necesario, tipo de terapias, tiempo de cada terapia, firmado y sellado por el médico tratante.

Se entenderá presentado un reclamo, únicamente cuando el Asegurado haya entregado a la Compañía toda la información completa. Expresamente el Asegurado Titular y sus dependientes autorizan a la Compañía al acceso de sus expedientes médicos, los cuales serán necesarios para el análisis de cobertura y prestación de servicios.

39. INDEMNIZACIÓN

Una vez recibido el reclamo, la Compañía aceptará o negará el reclamo, motivando su decisión, en el plazo de treinta (30) días, contados a partir de la formalización de la solicitud de pago del siniestro. Se entenderá presentado el reclamo cuando haya sido presentada toda la documentación detallada en numeral 38. “Documentos necesarios para la reclamación de un siniestro” de esta póliza para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida. La Compañía procesará los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria nacional del Asegurado Titular.

El valor a pagar por concepto de reembolso de gastos se realizará conforme a los porcentajes, cantidades y limitaciones estipuladas en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente y las Condiciones Particulares de la póliza, tomando como referencia los costos **usuales, acostumbrados y razonables (UCR)** de la zona geográfica particular en la cual el Asegurado recibió el servicio. **Cualquier exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado Titular.**

Las enfermedades o condiciones médicas que se presenten dentro del periodo de carencia no estarán cubiertas por la Compañía. En caso de que el Asegurado solicite que la Compañía realice pago directo al proveedor médico para la prestación del servicio en atenciones ambulatorias u hospitalarias, la Compañía se reserva el derecho de determinar si la indemnización se otorga mediante dicho crédito directo o a través de reembolso. No obstante, si el producto contratado no cuenta con una red de proveedores disponible en la zona geográfica donde se reciba la prestación del servicio, la Compañía no podrá gestionar el pago directo al proveedor. En tal caso, la indemnización será pagada directamente al Asegurado Titular mediante reembolso.

Antes de recibir cualquier servicio que pudiera estar cubierto por esta póliza, el Asegurado deberá verificar la Red de Proveedores aplicable al plan. En caso de que el Asegurado reciba atención médica de un proveedor que no pertenezca a la red aplicable a su plan, la Compañía no realizará el pago directo al proveedor, y el Asegurado deberá gestionar su reclamo mediante el procedimiento de reembolso.

En ningún caso la Compañía será responsable por pérdida, daño o enfermedad que pueda sufrir el Asegurado en virtud de las opiniones de los médicos profesionales consultados y por los servicios prestados por las instituciones hospitalarias o proveedores de una Red de Proveedores o cualquier otra persona que haya prestado dichos servicios, salvo que dicha pérdida, daño o enfermedad que pueda sufrir el Asegurado sean consecuencia directa de una acción u omisión por parte de la Compañía con los proveedores o prestadores de dichos servicios. El Asegurado Titular podrá presentar una queja directamente ante el proveedor de dichos servicios médicos o la persona que haya prestado el servicio.

40. PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

- a) La mala fe del Asegurado en la declaración de la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica, en la reclamación de siniestro o el incumplimiento de las obligaciones como Asegurado que le correspondería en caso del mismo.
- b) Si el seguro fue contratado con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, tomando como base la fecha de emisión de esta Póliza.
- c) Si el Asegurado no hubiese dado aviso del siniestro y presentado la documentación en los plazos previsto en el numeral 36. “Proceso y Tiempos de Reclamo para Cobertura”.
- d) Si la póliza estuviere en mora en el pago de las contraprestaciones económicas por más de treinta (30) días, contados a partir de la fecha en que debió realizar el último pago.

41. FALLECIMIENTO DE ASEGURADO TITULAR O DEPENDIENTE

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular o de cualquiera de sus dependientes, la Compañía deberá ser notificada dentro de los treinta (30) días siguientes al deceso. Una vez recibida la notificación, la Compañía procederá a excluir al Asegurado fallecido de la póliza y, de corresponder, realizará la devolución de la prima no devengada. El fallecimiento del Asegurado no exime el pago de valores pendientes, los cuales podrán ser deducidos de la prima no devengada.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, la Compañía otorgará, sin costo adicional, una extensión de cobertura por un (1) año a los dependientes cubiertos sobrevivientes, contados a partir de la fecha de fallecimiento del Asegurado Titular.

Este beneficio aplicará únicamente a los dependientes que se encuentren cubiertos bajo la póliza al momento del fallecimiento y finalizará automáticamente para cualquier dependiente que deje de cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos en la póliza o para quienes se emita una póliza individual. Durante el periodo de extensión de cobertura, no se permitirán modificaciones en la póliza ni la inclusión de nuevos asegurados.

La extensión de cobertura entrará en vigor a partir de la próxima fecha de vencimiento de pago o de renovación de la póliza, lo que ocurra primero, posterior al fallecimiento del Asegurado Titular. Si un dependiente pierde el derecho a la extensión de cobertura por las causas antes mencionadas, podrá mantener su cobertura siempre que pague la prima correspondiente y cumpla con las condiciones de elegibilidad establecidas en la póliza. Este beneficio no será aplicable si los beneficiarios del Asegurado Titular solicitan la cancelación de la póliza y la devolución de la prima no devengada por fallecimiento.

42. PAGOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

En el caso de que el Asegurado Titular haya fallecido, la Compañía pagará los valores de reclamos cubiertos directamente al prestador de servicios de salud o a la persona que haya sido designada como beneficiario contingente en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local de la póliza correspondiente. En caso de que no se haya designado a tal persona, se pagará a los herederos legales del Asegurado Titular, según corresponda.

La persona que haya sido designada para recibir el pago de reclamos o los herederos del Asegurado Titular fallecido, serán responsables de cualquier pago adicional relacionado con reclamos, que no haya sido cubierto por la Compañía.

Respecto a la devolución de prima no devengada por concepto de fallecimiento, la Compañía realizará la devolución respectiva al Contratante de la póliza.

43. PAGOS DISCRECIONALES

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

44. PAGOS INDEBIDOS O EN EXCESO

Se considerará pago indebido o en exceso cualquier pago realizado por error por la Compañía, ya sea al Asegurado o a un Proveedor de servicios médicos, total o parcial, que: (a) corresponda a un reclamo excluido o no cubierto; (b) exceda el monto que correspondía pagar en un reclamo cubierto (incluyendo errores de cálculo de deducibles, coaseguros, topes o sublímites; aplicación incorrecta de tarifas o códigos; pagos duplicados; o coordinación de beneficios con otros seguros); o (c) se haya efectuado a quien no correspondía.

La Compañía no está obligada a otorgar cobertura ni a pagar reclamos excluidos o no cubiertos por esta póliza, bajo ninguna circunstancia. Cualquier pago efectuado respecto de tales reclamos no constituye reconocimiento de cobertura, no genera derecho adquirido alguno a favor del Asegurado o de terceros, y no constituye precedente para reclamos actuales o futuros de similar naturaleza.

En estos casos, la Compañía podrá, a su entera discreción: (i) solicitar el reembolso del monto pagado indebidamente o en exceso; (ii) compensar dicho monto contra reclamos pendientes o futuros del Asegurado; (iii) compensar contra prima no devengada; y/o (v) ejercer las acciones correspondientes para obtener el recobro.

Lo previsto en esta cláusula no limita los derechos del Asegurado ni del Proveedor conforme a la ley aplicable, ni la obligación de la Compañía de pagar los reclamos cubiertos de acuerdo con esta póliza.

45. PROHIBICIONES DE LA COMPAÑÍA

La Compañía tendrá las siguientes prohibiciones en relación con la suscripción o ejecución de la presente póliza:

- a) Negarse a celebrar un contrato o renovarlo por razón de enfermedades preexistentes, condición o estado actual de salud, sexo, identidad de género o edad.
- b) Modificar las condiciones de la presente póliza para disminuir, restringir o eliminar la cobertura contratada, por el hecho de que los asegurados cumplan o tengan determinada edad, siempre que los asegurados posean una continuidad mínima previa de cinco (5) años.
- c) Establecer períodos de carencia superiores a los determinados en la ley y demás normativa aplicable.

46. ARBITRAJE O MEDIACIÓN

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre La Compañía y el Asegurado Titular o Contratante 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 desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho estricto. El laudo arbitral o de mediación tendrá fuerza obligatoria para las partes.

47. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

El Asegurado podrá presentar un reclamo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Este reclamo administrativo se someterá a lo previsto en la Ley General de Seguros y demás normativa aplicable. Adicionalmente, el Asegurado podrá demandar a la Compañía ante la justicia ordinaria o recurrir a los procedimientos alternativos de arbitraje o mediación estipulados en esta Póliza.

48. SUBROGACIÓN

La Compañía podrá ejercer sus derechos de subrogación antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la póliza, por ministerio de la ley, hasta el monto de dicha indemnización, en los derechos y acciones del Asegurado contra terceros responsables del siniestro.

A petición de la Compañía, el Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para garantizarle la viabilidad de la acción subrogatoria, es decir, el Asegurado deberá proporcionar a la Compañía cualquier ayuda necesaria para que esta pueda gestionar su derecho de subrogación. El Asegurado se compromete a no tomar ninguna acción, aceptar ningún acuerdo extrajudicial o hacer cualquier otra cosa que pueda afectar negativamente los derechos de la Compañía, so pena de perder sus derechos de indemnización.

49. NOTIFICACIONES

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

El Asegurado Titular deberá informar a la Compañía inmediatamente si actualiza su dirección de correo electrónico o cualquier dato de contacto, dado que la Compañía seguirá utilizando los últimos datos de contacto que el Asegurado Titular haya proporcionado en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual hasta que el mismo notifique lo contrario.

50. JURISDICCIÓN Y DOMICILIO

La presente Póliza se encuentra sometida a la legislación y jurisdicción ecuatoriana.

Las acciones contra la Compañía deben ser realizadas en el domicilio contractual de esta, que para todos los efectos será la ciudad de Quito, Ecuador.

51. PRESCRIPCIÓN

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

52. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento. BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante “La Compañía”), Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Edif. San Salvador, Pisos 3 y 4, Quito, Ecuador, tratará los datos personales, incluidos datos personales de salud de los Asegurados Titulares y Asegurados Dependientes (en adelante “El Titular o Los Titulares”), en calidad de responsable del tratamiento.

Finalidades principales y legitimación. Los datos personales del Asegurado Titular y Asegurados Dependientes, incluyendo sus datos de salud (los “Datos Personales”), se tratarán con las finalidades que aparecen detalladas en nuestro Aviso de Privacidad (ver Información Adicional). De manera general, dichas finalidades principales, comprenden: formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro, con base en la necesidad del tratamiento para la ejecución del contrato de seguro y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria; determinación y formalización de la cobertura; evaluación y análisis de riesgos; prestación de nuestros servicios ofertados y contratados; para el envío de información que puede resultar de su interés; así como para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales; elaboración de perfiles necesaria para la personalización de los servicios; en su caso, para el envío de comunicaciones comerciales.

Destinatarios. La Compañía únicamente compartirá los Datos Personales de los titulares si existe un fundamento jurídico para ello o en todos aquellos casos en que el Titular otorgue su consentimiento. Entre estos destinatarios, se encuentran: Empresas del Grupo y terceras empresas colaboradoras, además de entidades del sector público competentes y autoridades de control que tengan la facultad de solicitar información sobre sus Datos Personales y otros cuando así lo requiera la legislación vigente. Algunos de dichos terceros se encuentran en países situados fuera del territorio ecuatoriano, en cuyo caso La Compañía ha adoptado las garantías apropiadas para llevar a cabo la transferencia de datos.

Igualmente, en caso de que el Asegurado Titular haya consentido, los datos personales (inclusive de salud) podrán ser comunicados al Agente de Seguros que el Asegurado Titular haya nombrado legalmente para que sea su asesor e intermediario, para fines de servicio y cumplimiento del objeto del contrato de seguro.

Procedencia. Los Datos Personales proceden de los Titulares, se generan como consecuencia de la prestación del servicio y proceden de corredores, agentes de seguros o terceros colaboradores.

Derechos. El Titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización, eliminación de datos personales, suspensión u oposición al tratamiento y portabilidad, así como revocar su consentimiento dirigiéndose a nuestro correo: privacyoffice@bupalatinamerica.com.

Información Adicional. Puede consultar nuestra política íntegra en: <https://www.bupasalud.com.ec/ec-politica-de-privacidad>

El Asegurado Titular se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados Dependientes incluidos en la póliza la información contenida en la presente cláusula con el objetivo de que queden informados del tratamiento de sus datos personales y para que puedan ejercitar sus derechos. Asimismo, el Asegurado Titular declara actuar en su nombre y en el de los Asegurados Dependientes cuando consiente a los tratamientos descritos en la presente cláusula. Asimismo, el Asegurado Titular declara que los Asegurados Dependientes entienden y aceptan que éste haya proporcionado o proporcione sus Datos Personales a La Compañía, como que ésta facilite al Asegurado Titular la información identificativa sobre los servicios médicos de los Asegurados Dependientes cubiertos por la póliza, salvo que por parte del Asegurado Titular se libere por escrito a La Compañía de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los Asegurados Dependientes.

53. VERIFICACIÓN DE TEXTO

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

Lugar y fecha		Lugar y fecha	
Bupa Ecuador S.A.		Asegurado Titular	
Firma autorizada		Firma	
La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Condicionado General el registro No. 61124, con oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2026-00073570-O del 24 de abril de 2026.			

PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA INCLUIDAS EN TARIFA CERO

Las prestaciones que se cubrirán con tarifa cero se realizarán según ciclo de vida y de acuerdo a los servicios y prestaciones establecidos. Para los planes con cobertura para patologías particulares, las atenciones con tarifa cero estarán en concordancia con la cobertura ofertada en dicho plan. Para mayor información acerca de las atenciones preventivas incluidas en tarifa cero, puede acceder a nuestra página web a través del siguiente link www.bupalatinamerica.com

CICLO DE VIDA EN SANOS	CPT	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA MÍNIMA	RESPONSABLE
RECIÉN NACIDO (0 A 28 DÍAS)	99381	ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	Consulta médica pediátrica para control del niño sano (no incluye exámenes complementarios o interconsultas a otros especialistas), con evaluación de desarrollo físico (valoración nutricional) y evaluación clínica del desarrollo neuromuscular y psicomotriz según edad; detección clínica de riesgos visuales, auditivos y neurosensoriales.	1 vez consulta e información	NEONATÓLOGO PEDIATRA MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
	99401	ASESORÍA PARA CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO (en consulta)	Información en la consulta médica pediátrica sobre: cuidado básico al neonato, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes; Cuidados generales; estimulación; prevención y que tratamiento inicial se debe dar a las enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N.; Información para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo; Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación completa, y sobre cómo realizar estimulación psicomotriz; información sobre la suplementación de micronutrientes.		
		ATENCIÓN DE LABORATORIO EN EL RECIÉN NACIDO (previo al alta o hasta los 8 días de nacido)	Determinación al nacimiento de grupo y factor sanguíneo; información y prescripción para la realización del tamizaje metabólico, tamizaje auditivo y sensorial		LABORATORIO CON LA ORDEN DEL NEONATÓLOGO/ PEDIATRA MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
NIÑO DE 1 MES A 12 MESES	99381	ATENCIÓN AL INFANTE	Consulta para control de niño sano que incluye: evaluación del bienestar del lactante; estado nutricional, evaluación clínica de riesgo visual, auditivo y displasia de cadera; detección de posible maltrato; evaluación clínica de desarrollo psicomotor, detección clínica de anomalías congénitas o problemas adquiridos; evaluación clínica de la dentición y prevención de caries dentales; detección clínica de desnutrición. (no incluye exámenes complementarios, ni interconsultas a otros especialistas).	10 consultas (8 mensuales hasta los 8 meses, 1 vez cada 2 meses hasta los 12 meses) en el primer año de vida, en cada consulta se debe dar información	PEDIATRA / MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta):	Información sobre posibles problemas en el desarrollo psicomotor y lenguaje; información sobre estimulación visual; información y asesoría sobre resultados de tamizaje metabólico, visual y auditivo; información y asesoría sobre suplemento de micronutrientes (hierro y vitaminas)		PEDIATRA / MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
	99401	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación; información referente a lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, inicio de alimentación complementaria a partir de los 6 meses, informar de la importancia de la higiene y salud oral; Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje; informar y comunicar acerca de variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Asesoría para evitar riesgos de accidentes.		PEDIATRA / MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR

CICLO DE VIDA EN SANOS	CPT	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA MÍNIMA	RESPONSABLE
NIÑO/AS DE 1 A 5 AÑOS	99382	ATENCIÓN AL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS (ambulatorio)	Consulta para control de niño sano, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz; riesgos acordes a la edad; detección de deficiencias y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de patologías infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición.	4 consultas (1 consulta trimestral hasta los dos años) al año hasta los 2 años de edad, posterior 8 consultas (1consulta trimestral) por año, en cada consulta se debe otorgar asesoría e información	PEDIATRA / MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
NIÑO/AS DE 1 A 5 AÑOS	99401	ASESORÍA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación; información referente a lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, inicio de alimentación complementaria a partir de los 6 meses, informar de la importancia de la higiene y salud oral; Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje; informar y comunicar acerca de variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Asesoría para evitar riesgos de accidentes		PEDIATRA / MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta)	Información en cada consulta para control de niño sano que incluya: indicaciones de suplementación de micronutrientes; recomendación de desparasitación 1 vez al año; evaluación clínica para valoración de agudeza visual y valoración auditiva; salud oral y prevención de la caries; recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis. (No incluye exámenes de gabinete).		PEDIATRA / MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
NIÑO/AS DE 5 A 10 AÑOS	99383	ATENCIÓN AL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS	Consulta para evaluación del bienestar del niño, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas), del estado nutricional, neuromuscular, psicomotriz y emocional; detección clínica temprana de enfermedades como pie plano, anomalías congénitas; detección clínica de enfermedades infecto- contagiosas y endémicas; detección clínica de desnutrición	1 consulta médica por año, durante cada consulta se debe otorgar asesoría e información)	PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
	99401	ASESORÍA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría en consulta para evaluación del bienestar del niño sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a; importancia de la vacunación y una buena alimentación; higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar; estimulación psicomotriz, de aptitudes intelectuales, prevención de discapacidades; variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a; promover la salud oral y prevención de caries.		
	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta)	Información en consulta para evaluación del bienestar del de niño, sobre: recomendación de desparasitación 1 vez al año; detección clínica precoz de problemas en las habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales, prevención de maltrato físico, psicológico, sexual; pertinencia de la valoración de agudeza y/o ceguera visual y valoración auditiva; importancia de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis; asesoría sobre suplemento de micronutrientes.		

CICLO DE VIDA EN SANOS	CPT	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA MÍNIMA	RESPONSABLE
ADOLESCENTES 11 A 19 AÑOS	99384	ATENCIÓN AL ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS	Consulta para evaluación clínica del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad. Peso, talla, IMC, TA; detección clínica temprana de embarazo, infecciones de transmisión sexual y trastornos alimenticios, enfermedades infecto- contagiosas. Evaluación de hábitos no saludables, deficiencias y/o discapacidades; (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otra especialidad)	1 vez al año, durante la consulta se de otorgar información y asesoría	MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
	99401 99406	ASESORÍA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Información para prevención de trastornos de la alimentación; detección de maltrato y o violencia; detección de uso de sustancias psico - estimulantes; importancia de la valoración de agudeza visual; información sobre higiene y salud oral; detección de problemas de aprendizaje, afectivos, emocionales; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados.		
	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta)	Asesoría en consulta para evaluación de bienestar, desarrollo y estado de salud, sobre: salud sexual y reproductiva; métodos anticonceptivos; promover la autoconfianza de los adolescentes, fortalecer el vínculo afectivo con la familia, entregar información y educación sobre hábitos saludables, higiene, salud oral; variaciones normales en el desarrollo del/la adolescente. Asesoría sobre inicio de vida sexual y derechos del adolescente, acoso		MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
EMBARAZO	59425	CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO SIN RIESGO	Control Prenatal de 4 a 6 visitas, incluye: Consulta gineco-obstétrica. Valoración e interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno Clasificación de riesgo obstétrico. Evaluación de bienestar fetal.	6 controles y al menos un control antes de las 20 semanas	MÉDICO GENERAL / GINECO- OBSTETRA MÉDICO FAMILIAR
EMBARAZO	99402	ASESORÍA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría en cada consulta para brindar información sobre la preparación del parto, necesidades nutricionales y suplementación y ácido fólico, lactancia materna, cuidado del recién nacido, salud oral y salud mental; consejería sobre riesgos de VIH e ITS durante el embarazo y parto; prevención y detección de violencia, maltrato, abuso de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, promoción del parto seguro.	6 controles y al menos un control antes de las 20 semanas	MÉDICO GENERAL / GINECO- OBSTETRA MÉDICO FAMILIAR
	99385	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA EN EL EMBARAZO	Consulta por odontología para control de salud oral en la mujer embarazada, que incluya evaluación clínica, consejería, higiene y profilaxis.	2 veces durante la gestación	ODONTÓLOGO
EMBARAZO	850258 2947- 8100186 900- 869018 5670- 85730 845203 0509- 867038 8142- 867778 6778- 867628 6765 867068 6644- 86645	DETECCIÓN DE RIESGOS POR EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO	Realización de exámenes de laboratorio: biometría hemática, hematocrito, elemental y microscópico de orina, tipificación de grupo y factor sanguíneo, TP, TTP, urca, glucosa y creatinina, VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con IgG e IgM, PapTest antes de las 20 semanas	1 vez durante el embarazo	LABORATORIO

CICLO DE VIDA EN SANOS	CPT	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA MÍNIMA	RESPONSABLE
	99215	ATENCIÓN INTEGRAL POSTPARTO	Consulta médica para evaluación del estado de salud puerperal y referencia a planificación familiar y anticoncepción. (No incluye exámenes de gabinete).	1 consulta entre la semana 1 a 6 post parto	MÉDICO GENERAL / GINECO- OBSTETRA MÉDICO FAMILIAR
MUJERES EN EDAD FÉRTIL MEF	99385	CONTROL DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL	Consulta ginecológica para evaluación de estado de salud y detección de enfermedades de transmisión sexual. (No exámenes de gabinete, ni interconsulta con otro especialista).	1 vez al año , durante la consulta se de otorgar información y asesoría	GINECO- OBSTETRA/ MÉDICO FAMILIAR
	99402	ASESORÍA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría para brindar información sobre planificación familiar, embarazo, hábitos saludables, salud oral y salud mental. Consejería para prevención de VIH c ITS; prevención y detección de violencia, maltrato, consumo de sustancias adjetivas, trastornos afectivos o emocionales, acoso laboral y acoso sexual.		
ADULTO JOVEN DE 20-40	99385 99401 99406	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual, detección del consumo de sustancias adictivas (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	1 vez al año , durante la consulta se de otorgar información y asesoría	MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
	99401 99406	ASESORÍA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Información y consejería sobre enfermedades de transmisión sexual; asesoría para planificación familiar; consejería sobre salud oral; asesoría sobre tamizaje de enfermedades crónica e información sobre la valoración auditiva y visual		
ADULTO/A DE 50 A 64 AÑOS	99401 99406	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual. Detección de riesgos de salud mental como: consumo de sustancias adjetivas, trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; intento de suicidio, entre otros (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	1 vez al año , durante la consulta se de otorgar información y asesoría	MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
		ASESORÍA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría e información sobre condiciones de envejecimiento saludable; consejería para prevención de enfermedades de transmisión sexual; información sobre acciones preventivas para traumatismos, caídas y accidentes.		

CICLO DE VIDA EN SANOS	CPT	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA MÍNIMA	RESPONSABLE
ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS	99387	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación del estado de salud, que incluya examen físico, y anamnesis, identificación de factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo. Detección de factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, valoración de dependencia funcional, valoración de salud oral, detección de riesgo nutricional, de patologías infectocontagiosas, violencia, maltrato; detección del riesgo de enfermedades de transmisión sexual; detección del riesgo de pérdida auditiva y visual.	1 vez al año , durante la consulta se de otorgar información y asesoría	MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR/ MÉDICO GERIATRA
	99406 99401	ASESORÍA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría, información y promoción de prácticas de nutrición, salud oral, salud sexual y salud mental; información sobre discapacidades y ayudas técnicas; promoción de condiciones de envejecimiento.		

