



CONTRATO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA PARA ASISTENCIA MEDICA GRUPAL MODALIDAD MIXTA

Comparecen a la celebración de la presente póliza de Asistencia Médica Grupal, por una parte, la compañía GENERALI ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A y, por otra parte, el ASEGURADO quienes, convienen en suscribir el presente instrumento, de acuerdo con las cláusulas que a continuación se detallan:

ARTÍCULO 1.- ANTECEDENTES

GENERALI ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., es una compañía legalmente constituida bajo las leyes de la República del Ecuador, debidamente autorizada por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para realizar operaciones de seguros.

El Contratante conoce de los servicios de asistencia médica grupal que ofrece GENERALI y de la naturaleza de los mismos y por ello procede a la suscripción de la presente póliza en forma libre y voluntaria aceptando todos los términos y condiciones que constan detallados a continuación, en las condiciones particulares y en la Tabla de Coberturas correspondientes que forman parte integrante del presente contrato de seguros.

ARTÍCULO 2.- NATURALEZA Y OBJETO DEL CONTRATO

Dentro de los límites y condiciones estipulados en este contrato, GENERALI proporcionará a los asegurados y beneficiarios que se especifican en el anexo de condiciones particulares, el servicio de asistencia médica grupal, tanto ambulatoria y hospitalaria en las especialidades y servicios comprendidos en este instrumento.

ARTÍCULO 3.- MODALIDAD MIXTA

Se aclara que la prestación de los servicios de asistencia médica grupal objeto del presente contrato es bajo modalidad mixta.

ARTÍCULO 4.- PRESTACIONES SANITARIAS Y GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos en los que el Asegurado haya incurrido a causa de Accidente o Enfermedad, hasta el Beneficio Máximo estipulado en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

La cobertura por Gastos Médicos está sujeto a los términos de las Condiciones Generales, Particulares y Tabla de Coberturas, que en forma conjunta forman parte integrante de la presente póliza. En ningún caso se otorgarán coberturas excluidas en ella y el valor de los Gastos Médicos no podrá superar el Beneficio Máximo estipulado.

1.) Beneficio Ambulatorio

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de los tratamientos médicos ambulatorios necesarios, por el porcentaje cubierto y hasta los valores

estipulados en las Condiciones Particulares de la presente póliza, superado el monto fijado como Deducible. La presente cobertura comprende servicio de ambulancia en caso de emergencia y/o urgencia.

Se cubren los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado que estén relacionados con las siguientes prestaciones médicas ambulatorias:

- Exámenes médicos y/o procedimientos de prevención primaria conducentes a determinar el diagnóstico, de acuerdo al detalle de las Condiciones Particulares de la póliza.
- Exámenes anatomopatológicos y aquellos necesarios para llegar a un diagnóstico.
- Consultas médicas pre y post operatorias.
- Consultas ambulatorias en todas las especialidades.
- Atención en casos de urgencia y emergencias médicas, así como el procedimiento de emergencia ambulatorio, incluyendo todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios, hasta el monto contratado.
- Equipo médico, sala de operaciones, unidad de recuperación y otras instalaciones médicas necesarias, con el propósito de brindar tratamiento y servicios de recuperación postoperatorio ambulatorio en hospital del día.
- Prestación de servicio por anestesia y sus respectivos honorarios; así como, medicinas, oxígeno y todo insumo necesario para el tratamiento quirúrgico, siempre que sea justificado por el diagnóstico reportado.
- Prescripciones del Médico tratante, siempre que sean justificadas por el diagnóstico reportado.
- Gastos necesarios, razonables y acostumbrados correspondientes a honorarios profesionales por intervención quirúrgica que no amerite la hospitalización del Asegurado.

2.) Beneficio Hospitalario

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de los tratamientos médicos hospitalarios, por el porcentaje cubierto y hasta los valores estipulados en las Condiciones Particulares de la presente póliza, superado el monto fijado como Deducible.

Se cubren los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado que estén relacionados a las siguientes prestaciones hospitalarias:

- Exámenes anatomopatológicos y aquellos necesarios para llegar a un diagnóstico.
- Consultas médicas pre y post operatorias.
- Atención en casos de urgencia y emergencias médicas, así como el procedimiento de emergencia hospitalaria, incluyendo todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios, hasta el monto contratado.
- Costos de transporte de ambulancia, alimentación, habitación, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, terapia intensiva, cirugía, medicamentos e insumos médicos, ayudas técnicas, apoyo psicológico, rehabilitación, cuidados paliativos y honorarios profesionales, sin exceder el Beneficio Máximo Diario y Periodo Máximo Establecido estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

- Equipo médico, sala de operaciones, unidad de recuperación y otras instalaciones médicas necesarias con el propósito de brindar tratamiento y servicios de recuperación postoperatoria.
- Gastos necesarios, razonables y acostumbrados correspondientes a honorarios profesionales por intervención quirúrgica, tratamientos médicos y de enfermería.
- Prestación de servicio por anestesia y sus respectivos honorarios; así como: medicinas, oxígeno y todo insumo necesario para el tratamiento, siempre que sea justificado por el diagnóstico reportado.
- Prescripciones del Médico tratante, siempre que sean justificadas por el diagnóstico reportado.

3.) Beneficio de Cuidados Intensivos

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de la hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos, por el porcentaje cubierto y hasta los valores estipulados en las Condiciones Particulares de la presente póliza, superado el monto fijado como Deducible.

Cuando el Médico de un Asegurado prescriba su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos, se cubrirán los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado que estén relacionados con las siguientes prestaciones hospitalarias:

- Exámenes médicos y/o procedimientos conducentes a determinar el diagnóstico, de acuerdo con el detalle de las Condiciones Particulares de la póliza.
- Sala de recuperación de Unidad de Cuidados Intensivos que incluye: Equipo médico, unidad de recuperación y otras instalaciones médicas necesarias con el propósito de brindar tratamiento y servicios de recuperación postoperatoria sin exceder el Beneficio Máximo de Cuidados Intensivos estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.
- Gastos necesarios, razonables y acostumbrados correspondientes a honorarios profesionales por tratamientos médicos y de enfermería.
- Anestésicos y su administración, medicinas y fármacos, oxígeno, y todo insumo necesario para el tratamiento, siempre que sea justificado por el diagnóstico reportado.

4.) Preexistencias

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de preexistencias provenientes de cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por él y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación de la o el beneficiario por el porcentaje cubierto y hasta los valores estipulados en las Condiciones Particulares de la presente póliza, que serán acordados libre y voluntariamente entre las partes, al tratarse de un contrato grupal, después de cumplido el Deducible.

Las enfermedades preexistentes debidamente declaradas, recibirán obligatoriamente cobertura, por un monto anual de veinte (20) salarios básicos unificados, dicha cobertura aplicará después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses, contado a partir de la fecha de suscripción del respectivo contrato.

5.) Ambulancia

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos por servicio de ambulancia terrestre, aérea o fluvial, debido a una Emergencia Médica o Accidente, que requiera el Asegurado para ser transportado a un Hospital o Clínica por el porcentaje cubierto y hasta los valores estipulados en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

6.) Medicina comercial y genérica

La Compañía cubrirá el acceso a medicamentos comerciales y/o genéricos en cualquier farmacia autorizada por la autoridad competente, cuyo costo será cubierto total o parcialmente, vía crédito o vía reembolso, según el plan contratado, siempre que aquellos hayan sido recetados por un médico, por el porcentaje cubierto y hasta los valores estipulados en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

7.) Medicina ancestral y alternativa

La Compañía promoverá el uso de medicinas ancestrales y alternativas a través de información periódica, que será entregada al Asegurado a través de la página web de la misma u otros medios informáticos, haciendo énfasis en la importancia del uso de medicina alternativa y ancestral, siempre y cuando éstas se enmarquen dentro de lo dispuesto por la normativa vigente del país por el porcentaje cubierto y hasta los valores estipulados en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

8.) Prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero

Las prestaciones que se cubrirán con tarifa cero se realizarán según el ciclo de vida y de acuerdo a los servicios y prestaciones establecidos en el artículo 15 de la Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica. Para los planes con cobertura para patologías específicas, las atenciones con tarifa cero estarán en concordancia con la cobertura ofertada en dicho plan. (el asegurado podrá consultar la Red Hospitalaria a través de la página web)

Ciclo de Vida	CPT	Tipo de Prestación	Actividad Específica	Frecuencia	Responsable
Recién Nacido (0 a 28 días)	99381	Atención al Recién Nacido	Consulta de médico 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 neuro-sensoriales.	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 o padres y/o cuidadores de		

Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A.

Línea Nacional 55 05 007

Guayaquil | Av. Francisco de Orellana, Edificio World Trade Center Torre B, piso 15.

Quito | Av 6 de Diciembre y Juan Boussingault. Edificio T6, piso 5.

Cuenca | Calle Esmeraldas entre El Batán y Avda. Remigio Crespo. Edificio Los Tótems, planta baja.

Manta | Plaza La Quadra, vía Barbasquillo, Local I-35, Piso 2.

Ciclo de Vida	CPT	Tipo de Prestación	Actividad Específica	Frecuencia	Responsable
			lo importancia de la vacunación completa, y sobre cómo realizar estimulación psicomotriz; información sobre la suplementación de micronutrientes.		
	99401	Atención de Laboratorio en el Recién Nacido (previo al alta o hasta los 8 días de nacido)	Determinación al nacimiento de grupo y factor sanguíneo; Información sobre lo realización del tamizaje metabólico, tamizaje auditivo y sensorial.		LABORATORIO O CON LA ORDEN DEL NEONATOLOGO / 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 otras especialistas).	6 consultas en el primer año de vida, en cada consulta de debe dar información y asesoría	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
Niño/as de 1 a 5 años	99382	Atención al niño de 1 a 5 años (Ambulatoria)	Consulta para control de niño sano, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz: riesgos acordes a la edad; detección de deficiencias y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de patologías infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición.	Consultas, 2 veces al año hasta los 2 años de edad, posterior 1 vez por año en cada consulta se debe otorgar asesoría e información	PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	99401	Asesoría: Información, Educación y Comunicación (En consulta)	Asesoría en cada consultor para control de niño sano sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo: importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años; alimentación complementaria; importancia de la higiene y salud oral, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños; promoción de estimulación psicomotriz y de lenguaje; prevención del maltrato, accidentes; promoción de alimentación saludable; variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Uso de sustancias adictivas en padre o madre y repercusiones sobre los niños.		PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	99406	Información sobre Crecimiento y	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		PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR

Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A.

Línea Nacional 55 05 007

Guayaquil | Av. Francisco de Orellana, Edificio World Trade Center Torre B, piso 15.

Quito | Av 6 de Diciembre y Juan Boussingault. Edificio T6, piso 5.

Cuenca | Calle Esmeraldas entre El Batán y Avda. Remigio Crespo. Edificio Los Tótems, planta baja.

Manta | Plaza La Quadra, vía Barbasquillo, Local I-35, Piso 2.

Ciclo de Vida	CPT	Tipo de Prestación	Actividad Específica	Frecuencia	Responsable
		Desarrollo (en consulta)	valoración de agudeza visual y valoración auditiva; salud oral y prevención de la caries; recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis. (No incluye exámenes de gabinete).		
Niño/as de 5 a 10 años	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, neuro muscular, 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 medico 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.		PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	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.		PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
Niño/as de 11 a 19 años	99384	Atención al adolescente de 11 a 19 años	Consulta para evaluación clínica del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad. Peso, tallo, 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 debe otorgar asesoría e información.	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 use 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.		MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	99406	Información sobre Crecimiento y Desarrollo (en consulta)	Asesoría en consultor para evaluación de bienestar, desarrollo y estado de salud, sobre: salud sexual y reproductiva; métodos anticonceptivos; promover la autoconfianza de los adolescentes, fortalecer el vínculo afectivo con la familia, entregar información y educación sobre hábitos saludables, higiene, salud oral; variaciones normales en el desarrollo del/la adolescente. Asesoría sobre inicio de vida sexual y derechos del adolescente, acoso sexual, acoso escolar (bullying).		MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR

Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A.

Línea Nacional 55 05 007

Guayaquil | Av. Francisco de Orellana, Edificio World Trade Center Torre B, piso 15.

Quito | Av 6 de Diciembre y Juan Boussingault. Edificio T6, piso 5.

Cuenca | Calle Esmeraldas entre El Batán y Avda. Remigio Crespo. Edificio Los Tótems, planta baja.

Manta | Plaza La Quadra, vía Barbasquillo, Local I-35, Piso 2.

Ciclo de Vida	CPT	Tipo de Prestación	Actividad Específica	Frecuencia	Responsable
Embarazo	59425	Control Prenatal En Embarazo Sin Riesgo	Control Prenatal de 4 a 6 visitas, incluye: • Consulta gineco - obstétrico. • 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 la 20 semanas	MÉDICO GENERAL / GINECO-OBSTETRA MÉDICO GENERAL
	99402	Asesoría: Información, Educación y Comunicación (En Consulta)	Asesoría en cada consulta para brindar información sobre la preparación del parto, necesidades nutricionales y suplementación alimenticia con hierro y ácido fólico, lactancia materna, cuidado del recién nacido, salud oral y salud mental; consejería sobre riesgos de VIH e ITS durante el embarazo y parto; prevención y detección de violencia, maltrato, abuso de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, promoción del parto seguro.		
	99385	Atención Odontológica Preventiva en el Embarazo	Consulta por odontología para control de salud oral en la mujer embarazada, que incluya evolución clínica, consejería, higiene y profilaxis.	2 veces durante la gestación	ODONTÓLOGO
	85025-82947-81001-86900-86901-85670-85730-84520-30509-86703-88142-86777-86778-86762-86765-86706-86644-86645-	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, urea, glucosa y creatinina, VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con IgG e IgM, PapTest antes de las 20 semanas.	1 vez durante el embarazo	LABORATORIO
	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 debe otorgar asesoría e información.	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 e ITS: prevención y detección de violencia, maltrato, consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, acoso laboral y acoso sexual.		MÉDICO GENERAL / GINECO-OBSTETRA MÉDICO FAMILIAR
Adulto joven de 20 a 49 años	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 infecto-contagiosas y de transmisión sexual, detección del consumo de sustancias adictivas (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	1 vez al año, durante la consulta se debe otorgar asesoría e información.	MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR

Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A.

Línea Nacional 55 05 007

Guayaquil | Av. Francisco de Orellana, Edificio World Trade Center Torre B, piso 15.

Quito | Av 6 de Diciembre y Juan Boussingault. Edificio T6, piso 5.

Cuenca | Calle Esmeraldas entre El Batán y Avda. Remigio Crespo. Edificio Los Tótems, planta baja.

Manta | Plaza La Quadra, vía Barbasquillo, Local I-35, Piso 2.

Ciclo de Vida	CPT	Tipo de Prestación	Actividad Específica	Frecuencia	Responsable
	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.		MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
Adulto/a de 50 a 64 años	99386,	Consulta Médica General Preventiva	Consultor 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 infecto-contagiosas y de transmisión sexual. Detección de riesgos de salud mental como: consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; intento de suicidio, entre otros (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	1 vez al año, durante la consulta se debe otorgar asesoría e información.	MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
	99401, 99406	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.		MÉDICO GENERAL MÉDICO FAMILIAR
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 infecto contagiosas, 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 debe otorgar asesoría e información.	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 saludable.		

9.) Asesoría nutricional y consultas psicológicas

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de la asesoría nutricional y consultas psicológicas, de acuerdo con el plan contratado, por el porcentaje cubierto y hasta los valores estipulados en las Condiciones Particulares de la presente póliza, superado el monto fijado como Deducible.

La presente póliza cubrirá la atención integral a personas con problemas de malnutrición siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo a los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales.

10.) Atención oncológica

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de la atención oncológica integral que incluirá obligatoriamente cirugía reconstructiva y rehabilitación, de acuerdo con el plan contratado y a las condiciones particulares de la presente póliza, superado

el monto fijado como Deducible. La cobertura no podrá ser inferior al 50% del monto máximo contratado.

11.) Discapacidad

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de servicios de salud para personas con discapacidad, de acuerdo con el plan contratado, por el porcentaje cubierto y de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Discapacidades. El período de carencia para esta cobertura es de tres (3) meses desde la contratación de la póliza y por un máximo de veinte (20) salarios básicos unificados.

12.) Enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de la atención de enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias, hasta el monto máximo contratado, superado el monto fijado como Deducible.

13.) Enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras posteriores a la contratación

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de la atención de enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras, por el porcentaje cubierto y hasta el monto máximo contratado en las Condiciones Particulares de la presente póliza, superado el monto fijado como Deducible.

14.) Emergencia odontológica (a causa de accidentes)

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de la atención de los tratamientos dentales de emergencia, cuando éstos sean causados por accidentes hasta el monto establecido en las condiciones particulares de la presente póliza, superado el monto fijado como Deducible.

15.) Enfermedades psiquiátricas

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de la atención de enfermedades psiquiátricas de base orgánica, determinadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, de acuerdo con el plan contratado, por el porcentaje cubierto y hasta los valores estipulados en las Condiciones Particulares de la presente póliza, superado el monto fijado como Deducible.

16.) Maternidad

La Compañía cubrirá la atención de embarazos normales, de riesgo o complicados, controles prenatales, emergencias obstétricas, partos vaginales o por cesárea, con recién nacido a término, pre – término o post término. Además, cubrirá complicaciones que se presentaren durante el parto y alumbramiento y la atención del recién nacido con cuidados en neonatología,

perinatal, de manera integral y con asistencia de especialistas; así como la atención en la unidad de cuidados intensivos y otros eventos que pudieren presentarse, tanto para la madre como para el recién nacido.

Así mismo, incluye la atención del recién nacido que padezca de patologías congénitas, genéticas o hereditarias, según el monto de la cobertura contratada. El período de carencia que aplica para esta cobertura será de hasta de treinta (30) días contados a partir de la suscripción de la presente póliza.

La inclusión intraútero de un nonato, en período de carencia, se podrá realizar como un beneficio adicional a partir de la semana veinte de embarazo y hasta la semana treinta y dos, siempre y cuando el contratante cancele las cuotas correspondientes a partir de la semana de contratación de este beneficio. Los beneficios son pagaderos según las condiciones particulares de la presente póliza.

17.) Prestaciones de Salud dental

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de la atención de prestaciones de salud dental, de acuerdo con el plan contratado, por el porcentaje cubierto y hasta los valores estipulados en las Condiciones Particulares de la presente póliza, superado el monto fijado como Deducible.

18.) Procedimiento de diagnóstico

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado de todo procedimiento diagnóstico de seguimiento y control posteriores a cada enfermedad o accidente atendido y referidos a especialidades y sub especialidades; incluyendo curaciones, rehabilitación, cuidados paliativos domiciliarios, y de largo plazo hasta el monto establecido en las condiciones particulares de la presente póliza, superado el monto fijado como Deducible.

19.) Trasplante de órganos

La Compañía cubrirá los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado a consecuencia de trasplante de órganos, que incluirá la atención y cobertura de las prestaciones que se deban dar al donante, las que correspondan a los procesos de pretrasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos; y, las de suministro de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y al receptor; de acuerdo a las condiciones particulares de la presente póliza, teniendo en cuenta que el porcentaje cubierto no podrá ser inferior al 50% del monto máximo contratado, superado el monto fijado como Deducible.

20.) CLAUSULAS CONTRACTUALES OBLIGATORIAS:

1.- Enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes a la contratación. - Establecer como obligación contractual la prohibición de incrementos adicionales a las tarifas o primas de los planes contratados, ante el apareamiento de enfermedades crónicas y catastróficas, sobrevinientes a la contratación y de negar la renovación de los contratos por dichas causas.

2.- **Atención de la emergencia médica.** - Cubrir el financiamiento para la atención de toda emergencia médica, hasta el monto de la cobertura contratada, al momento del requerimiento efectuado por el prestador del servicio de salud. En este caso la atención deberá prestarse obligatoriamente en cualquier establecimiento de salud.

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

3.- **Tarifa cero.** - Los afiliados y asegurados deberán recibir obligatoriamente, con cargo a la tarifa contratada, prestaciones de prevención primaria, que deberán ser determinadas y reguladas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

4.- Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional.

21.) CONDICIONES DE APLICACIÓN DE COBERTURA

- **Accidentes de Tránsito:** se pagará luego de ser aplicado el SPPAT (Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito) como cualquier incapacidad.
- **Ambulancia Terrestre:** dentro del territorio ecuatoriano, a los costos normales, razonables y acostumbrados del país, contra reembolso, libre elección del prestador.
- **Atención de Enfermedades Congénitas, Genéticas y Hereditarias, con cobertura total:** Se aplicarán las mismas condiciones de enfermedades preexistentes; es decir: Las enfermedades preexistentes debidamente declaradas, recibirán obligatoriamente cobertura, por un monto anual de veinte (20) salarios básicos unificados, dicha cobertura aplicará después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses, contado a partir de la fecha de suscripción del respectivo contrato.
- **Cobertura de recién nacido sano** con maternidad cubierta, siempre y cuando la maternidad haya sido reportada dentro de los 30 días de haberse producido el nacimiento y se encuentre pagando la categoría inmediata superior.
- **Emergencia y Urgencia por Accidente y Enfermedad:** siempre y cuando la atención médica sea recibida dentro de las primeras 48 horas de sucedido el accidente, se pagará al deducible y coaseguros pactado hasta el límite establecido, exceso al deducible y coaseguros convenido.
- **Enfermedades Preexistentes:** se entenderá por enfermedad preexistente a toda incapacidad que se le haya diagnosticado y/o tratado al asegurado dentro de los dos (2) años anteriores al inicio de la vigencia de la póliza. Si no ha incurrido en gastos y tampoco ha recibido tratamiento médico en dicho período no será considerada como preexistencia. A las personas aseguradas desde el inicio de la vigencia de la póliza se les cubrirá las enfermedades preexistentes sean estas declaradas o no hasta la suma máxima contratada. Para nuevos asegurados se cubrirá luego de transcurridos 60 días de ingreso; excepto las atenciones de emergencia y/o urgencia, que se cubrirán desde el primer día.
- **Enfermedades profesionales y/o de trabajo,** serán cubiertas una vez superados el deducible y coaseguro.
- **Extracción de terceros molares:** De acuerdo a lo establecido en la tabla de coberturas. Ninguna complicación relacionada con este procedimiento tendrá cobertura, a excepción de emergencia que ponga en riesgo la vida del Asegurado.

- **Gastos Médicos:** se pagarán dentro de los costos normales, razonables y acostumbrados del medio ecuatoriano, siempre y cuando formen parte de un tratamiento médico por una incapacidad.
- **Honorarios Médicos:** se pagarán a los costos normales, razonables y acostumbrados del medio ecuatoriano, siempre y cuando formen parte de un tratamiento médico por una incapacidad, y el médico este aprobado por la Autoridad Competente. El valor máximo es lo que se indica en la Tabla de Coberturas.

La inclusión intraútero de un nonato, en período de carencia, se podrá realizar como un beneficio adicional a partir de la semana veinte de embarazo y hasta la semana treinta y dos, siempre y cuando el contratante cancele las cuotas correspondientes a partir de la semana de contratación de este beneficio.

Las enfermedades preexistentes debidamente declaradas, recibirán obligatoriamente cobertura, por un monto anual de veinte (20) salarios básicos unificados, dicha cobertura aplicará después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses, contado a partir de la fecha de suscripción del respectivo contrato.

- **Maternidad:** sea por parto normal o cesárea, incluyendo el aborto no provocado, para la titular asegurada o la cónyuge del titular asegurado, de acuerdo a lo estipulado en la tabla de coberturas. Para la titular asegurada o la cónyuge del titular asegurado aplican las siguientes condiciones:
 - Se deberá contratar la categoría inmediata superior, es decir, para las titulares solas la de titular + uno, para titular + uno a titular + familia.
 - Se deberá reportar el embarazo dentro de las 14 semanas de iniciado el período de gestación
- **Medicina Tradicional y/o Ancestral (Homeopatía, Bioenergética, Acupuntura, Natural):** siempre y cuando las realicen médicos aceptados por la Autoridad Competente y las medicinas tengan registro sanitario en el Ecuador. Siempre y cuando formen parte de un tratamiento médico por una incapacidad. Se pagará superado el deducible y coaseguro, hasta el límite máximo por incapacidad. Para la titular asegurada o la cónyuge del titular asegurado aplican las siguientes condiciones:
- **Período de Enrolamiento:** Condiciones a libre negociación entre las partes
- **Prótesis No Dentales:** Queda convenido y aclarado que la DESVIACION TEMPORAL MANDIBULAR O MALOCLUSION no se encuentra cubierta bajo la presente póliza.
- **Vitaminas y Alérgenos:** siempre y cuando formen parte de un tratamiento médico por una incapacidad. Se pagará superado el deducible y coaseguro, hasta el límite máximo por incapacidad

22.) CONDICIONES ADICIONALES

- **Pago de Reclamos:** 8 días laborables se entregará la liquidación del reclamo, vía escrita y/o electrónica, y la transferencia del pago se realizará ese mismo día a la cuenta bancaria que haya designado el titular de la póliza. La acreditación del dinero dependerá del tiempo que se maneje en el sistema bancario ecuatoriano.
- **Plazo para Presentar Reclamos:** todos los asegurados podrán presentar los reclamos dentro de los 90 días contados a partir de la fecha del primer gasto de la incapacidad.
- **Plazos Únicos:** a lo largo de la vigencia de la póliza aplican las siguientes condiciones:
 - después de entregada la liquidación del siniestro, el asegurado tiene 30 días para efectuar cualquier reclamo, caso contrario se entenderá como indisputable.

- en caso de darse la cancelación de la póliza, los asegurados tendrán 30 días para presentar los reclamos incurridos desde la fecha de cancelación.
- **Reclamos en Moneda Extranjera:** se pagarán al tipo de cambio de la fecha de incurrencia y se reembolsarán de acuerdo a los costos normales, razonables y acostumbrados del medio ecuatoriano, exceptuando aquellos de emergencia médica comprobada por accidente o enfermedad durante viajes al exterior, en donde se reembolsará de acuerdo al medio de incurrencia y de acuerdo a la tabla de coberturas.

23.) SERVICIOS ADICIONALES

- **Cirugías Programadas:** todos los asegurados que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente, en forma previa deben pedir con 72 horas de anticipación, un análisis de los honorarios médicos que van a facturar los médicos tratantes y saber si los mismos se encuentran dentro de la Tabla de Honorarios, con la finalidad de confirmar si se encuentran dentro de costos normales, razonables y acostumbrados.
- **Crédito Hospitalario,** una vez que la compañía reciba la liquidación final por parte del hospital y/o clínica, se procederá al cobro del coaseguro correspondiente, deducible y gastos no cubiertos. Tendrán derecho a este servicio todos los asegurados que se encuentren al día en el pago de primas. El servicio de crédito hospitalario se extiende a las cuentas médicas en los distintos centros médicos de la red para las siguientes atenciones:
 - cirugías programadas.
 - emergencias y urgencia por accidente o enfermedad.
 - hospitalizaciones de emergencia.
 - maternidad.
- **Cobertura ambulatoria en Centros médicos de la red:** Condiciones a libre negociación entre las partes.
- **Descuentos Odontológicos:** todos los asegurados podrán aplicar a los descuentos en la red de prestadores odontológicos.
- **La cancelación de Notas de Cobranza** generadas por copagos, excesos y gastos no cubiertos, serán de expresa responsabilidad del contratante. Una vez recibida la Nota de Cobranza, el contratante se compromete a su cancelación **en el lapso de 30 días calendario.**

ARTÍCULO 5.- EXCLUSIONES GENERALES

Se excluye de esta póliza los gastos correspondientes a, o a causa de:

- a) Cualquier Enfermedad o lesión ocurrida durante la participación del Asegurado en deportes motorizados, como automovilismo, motociclismo y moto acuática, que pongan al Asegurado en peligro; excepto en caso de urgencia y emergencia siempre que la actividad deportiva sea de manera profesional o laboral
- b) Cualquier Enfermedad o lesión ocurrida durante la participación del Asegurado en actos de guerra, revolución, huelga, motín, conmoción civil, incluyendo el manejo de armas y/o

explosivos, o mientras esté realizando actos o acciones ilegales, a excepción de emergencia que ponga en riesgo la vida del Asegurado.

- c) Cualquier gasto que haya sido directo o indirectamente el resultado de operaciones que empleen el proceso de fisión o fusión nuclear, y uso de material radioactivo, a excepción de emergencia que ponga en riesgo la vida del Asegurado.
- d) Cuidados y tratamientos podológicos a excepción de aquellos realizados por profesionales de la especialidad, que sean medicamente necesarios.
- e) Endodoncia, ortodoncia, cirugía dental, extracciones, calzas o cuidados dentales, a menos que sean necesarios como consecuencia de una lesión accidental.
- f) Enfermedades que sean declaradas como epidemias y/o pandemias por la Autoridad Competente, salvo que la Autoridad Sanitaria Nacional indique su cobertura a través de un decreto.
- g) Enfermedad que ocurra durante la vigencia de la póliza (cirugía reconstructiva o correctiva).
- h) Enfermedades y/o Preexistencias no declaradas al inicio de la vigencia de esta póliza.
- i) Estudios relacionados con infertilidad primaria y/o adquirida, así como todo tratamiento para la concepción.
- j) Exámenes rutinarios de la vista y de oídos, así como los costos de suministro de anteojos, lentes de contacto, o audífonos, a excepción de los exámenes comprendidos dentro de la tarifa cero.
- k) Gastos Médicos incurridos por el Asegurado durante el Período de Carencia, en cada una de las coberturas contratadas salvo la atención de toda emergencia o urgencia médica.
- l) Lesiones o Enfermedades como consecuencia directa o indirecta de fenómenos catastróficos de la naturaleza.
- m) Procedimientos quirúrgicos y tratamientos cuyo principal propósito sea estético y de embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad o
- n) Tratamiento realizado por un miembro de la familia, incluyendo prescripción de medicinas, hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

ARTÍCULO 6.- PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES

- a) No se puede excluir individual o colectivamente la cobertura de atenciones por condiciones laborales o profesionales. Sin embargo se puede ajustar las primas de acuerdo al riesgo.
- b) No se permitirá la exclusión de gastos en salud incurridos por el usuario para el diagnóstico diferencial o definitivo, siempre y cuando estos estén de acuerdo a las guías de práctica clínica, protocolos nacionales o internacionales.
- c) No se puede excluir la cobertura de atención integral a personas con problemas de malnutrición siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo a los protocolos nacionales. o a falta de ellos. a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales.
- d) No se permitirá la exclusión de métodos anticonceptivos.
- e) No se podrá excluir la atención necesaria para cubrir condiciones de salud que sean consecuencia de acciones y/o enfermedades por uso de drogas. estupefacientes. embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a trastornos de la salud mental. estados de demencia incluso a resultantes por intento de suicidio.
- f) No podrán constar en el listado de exclusiones, periodos de carencia y preexistencias otros distintos a los dispuestos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- g) No se pueden colocar exclusiones basándose en criterios emitidos por organismos extranjeros

- h) No puede constar como exclusión el tratamiento de enfermedades de Transmisión Sexual.
- i) No se podrá excluir cobertura de ende-prótesis en los casos que estas sean de tejidos de origen animal, siempre y cuando cumplan con las aprobaciones requeridas por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- j) No se permitirá la exclusión para el tratamiento de úlceras de presión, ni sus complicaciones.
- k) No se permitirá la exclusión de fórmulas alimenticias medicadas. siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrita.
- l) No se permitirá la exclusión de trastornos en el desarrollo psicomotor, cuando este se deba o se presente como consecuencia de una patología
- m) No se permitirá la exclusión de cirugía plástica reconstructiva o correctiva.
- n) No se puede excluir pruebas de sensibilidad ni tratamientos inmunológicos (A en general. siempre y cuando hayan sido prescritas por un profesional calificado en base a protocolos nacionales. o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales.
- o)) No se puede excluir la cobertura de tratamientos dentales cuando estos sean causados por accidentes hasta el monto y las condiciones contratadas.
- p) No se permite la exclusión de gastos adicionales de acompañantes en clínicas y hospitales para recién nacidos, menores de 16 años y adultos mayores de 75 años.
- q) No se puede excluir el alquiler de cualquier equipo o dispositivo médico para monitoreo e infusión de medicamentos. ni los suministros necesarios para su utilización o funcionamiento.
- r) No se puede excluir cobertura de cuidados paliativos. sean estos hospitalarios o domiciliarios. siempre y cuando estén prescritos por un médico.

ARTÍCULO 7.- DEFINICIONES

En esta póliza se entiende por:

Accidente: Evento que se deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del **Asegurado**, que produzca lesiones corporales apreciables.

Asegurado: Persona en cuyo favor se otorga el seguro.

Contratante: Persona o entidad que contrata la póliza de seguro.

Beneficio Máximo: Suma máxima que la **Compañía** cubrirá al **Asegurado** por concepto de **Gastos Médicos**. El **Beneficio Máximo** se establece por cobertura en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Beneficio Máximo Diario: Suma máxima diaria que la **Compañía** cubrirá al **Asegurado** por concepto de costos de habitación y alimentación, uso de instalaciones médicas y atención general de enfermería durante su hospitalización en un **Hospital o Clínica**.

Beneficio Máximo Diario de Cuidados Intensivos: Suma máxima diaria que la **Compañía** cubrirá al **Asegurado** por concepto de costos de habitación y alimentación, uso de instalaciones médicas y atención general de enfermería durante su hospitalización en la **Unidad de Cuidados Intensivos** de un **Hospital o Clínica**.



Compañía: Persona jurídica constituida legalmente en territorio nacional, debidamente autorizada para asumir riesgos y que a cambio del pago de una **Prima** se compromete a financiar al **Asegurado** en caso de **Siniestro** de acuerdo a los términos acordados en el contrato de seguro.

Deducible: Se refiere al importe de gastos cubiertos que será asumido por el **Asegurado** y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Diagnóstico: La identificación de una condición de salud o **Enfermedad**, dictaminada por un **Médico**.

Edad: Edad cumplida por el **Asegurado** a la fecha de contratación de la póliza.

Emergencia Médica: Situación clínica que pone en peligro la salud y/o la integridad y/o la vida del individuo, y que requiere atención inmediata.

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Enfermedades Congénitas: Es aquella que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, durante el parto, o como consecuencia de un defecto hereditario.

Enfermedad Sobreviniente: Patología que se detecte posterior a la suscripción de la presente póliza.

Gastos Médicos: Gastos efectuados por el **Asegurado**, a consecuencia de un **Accidente** o **Enfermedad** amparado por la póliza y que guarden relación con él o los **Diagnósticos** reportados, y se enmarquen dentro de los costos razonables del Ecuador.

Hospital o Clínica: Establecimiento legalmente licenciado como **Hospital o Clínica** médica, destinado a proporcionar todo tipo de asistencia médica.

Médico: Profesional que se encuentra habilitado para ejercer como tal, según las leyes y normativas vigentes en el país.

Período de Carencia: Período tiempo de espera, contado desde la suscripción del Contrato o de la inclusión del beneficiario, que el Usuario debe cumplir para recibir financiamiento de una determinada cobertura sanitaria.

Período Máximo Establecido: Período máximo de pago del Beneficio Máximo Diario.

Período Máximo Establecido de Cuidados Intensivos: Período máximo de pago del **Beneficio Máximo Diario de Cuidados Intensivos**.

Preexistencia: Se considerará preexistente cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por el asegurado y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación de la o el beneficiario.

Prima: Precio que la **Compañía** establece por la cobertura otorgada.

Siniestro: Ocurrencia de (los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.

Unidad de Cuidados Intensivos: Unidad hospitalaria que provee atención médica intensiva a los pacientes que padecen una situación grave de salud que pone en peligro su vida.

ARTÍCULO 8.- VIGENCIA

El plazo de la presente póliza es de un año contado a partir de su suscripción, pudiendo ser renovado por un periodo similar de común acuerdo entre las partes.

ARTÍCULO 9.- ELEGIBILIDAD

El titular contratante elegible deberá ser una persona mayor de edad con capacidad legal para celebrar contratos, quién está en libertad de adquirir los beneficios para sí mismo o sus dependientes, o exclusivamente para uno o todos sus dependientes, como él considere conveniente.

Son dependientes elegibles el (la) cónyuge o conviviente legal (según la legislación en la materia) del Titular, así como sus hijos consanguíneos, o adoptados legalmente, siempre que sean solteros y no cumplan la mayoría de edad al inicio de esta póliza y/o sus Tablas de Coberturas, que dependan económicamente de él (ella), que no trabajen, y que hayan sido nominados por el Titular, como beneficiarios del Póliza en la solicitud al momento de la contratación.

Pueden incluirse en este contrato, afiliados que tengan cualquier tipo de relación comercial, asociativo, recreativa o cualquier otra en la que no exista relación laboral.

ARTÍCULO 10.- EDAD DEL ASEGURADO

GENERALI no podrá excluir a los Asegurados y/o Beneficiarios en razón de su edad, por lo tanto, no se admitirá este criterio para el rechazo de cobertura, suscripción o renovación de la presente póliza.

ARTÍCULO 11.- SUMA ASEGURADA

La suma asegurada, estipulada en las condiciones particulares de la Póliza, representa para la Compañía el límite máximo de su responsabilidad y no tiene otro límite, que el que libremente le asignen las partes contratantes.

ARTÍCULO 12.- PAGO DE PRIMAS

Las primas son pagaderas al contado y por anticipado, contra recibo oficial de la Compañía, cancelado por la persona autorizada para la cobranza. A falta de corresponsables banqueros, es obligatorio pagar la prima en cualquiera de las oficinas de la Compañía.

En caso de que la Compañía aceptará dar facilidades de pago al Contratante para cobrar la prima, y éste estuviere en mora, tendrá derecho a cobertura por treinta (30) días más a partir de la fecha en que debió realizar el último pago, luego del cual se suspenderá la cobertura y, si estuviere en mora por sesenta (60) días, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago, el contrato terminará en forma automática y dará derecho a la Compañía para exigir el

pago de la prima devengada y de los gastos incurridos en la expedición del contrato, o, estará obligada a devolver al Contratante la prima no devengada, si fuere el caso.

La Compañía deberá comunicar al Contratante sobre este hecho por cualquier medio, así como indicar el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantiene suspendida.

El plazo de gracia de treinta (30) días, mencionado en el inciso anterior, no es aplicable al pago de la cuota inicial de prima, ya que el contrato de seguro no se considerará vigente mientras dicha cuota no haya sido pagada en efectivo.

El pago que se haga mediante la entrega de un cheque, no se considerará válido sino cuando éste se ha hecho efectivo, pero su efecto se retrotrae al momento de la entrega.

ARTÍCULO 13.- PERIODOS DE CARENCIA

Tiempo que debe transcurrir desde el momento de la afiliación individual del Afiliado y/o Dependientes hasta el momento en que la persona puede recibir las prestaciones sanitarias cubiertas por el presente Contrato. Durante este período la Compañía no está obligada a cubrir los gastos originados por cualquier Incapacidad, excepto si se trata de una emergencia médica, cuya carencia es de 24 horas.

Para la prestación de atención de embarazo, que aplica exclusivamente a la Afiliada o cónyuge o compañera en unión de hecho del Afiliado, si el embarazo se produjere durante el Período de Carencia, las mujeres embarazadas recibirán cobertura de atención prenatal, incluyendo las Prestaciones de Prevención Primaria del embarazo descritas en el Anexo de Prestaciones con Tarifa Cero.

PERIODOS DE CARENCIA	
Ambulatorio	30 días
Hospitalario	90 días
Embarazo	60 días
Emergencia y Urgencia	24 horas
Preexistencias	24 meses
Discapacidad	3 meses

ARTÍCULO 14.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante estará obligado a:

- Cumplir sus obligaciones contractuales;
- Pagar las contraprestaciones económicas en los plazos previstos en este contrato;
- Actuar de buena fe a la hora de contraer obligaciones contractuales; presunción que admite prueba en contrario, que, de producirse, mediante reclamo, sustanciado de acuerdo a lo previsto en esta Ley, será causal de terminación del contrato;
- A notificar a la Compañía la inclusión y/o exclusión de cualquier beneficiario antes del día veinte (20) de cada mes, para que la afiliación y desafiliación tenga efecto desde el

siguiente mes. Esta notificación deberá ser por escrito y tener la constancia de recepción por parte de la Compañía;

- e) A enviar los listados de los afiliados dentro de los 10 primeros días del mes para realizar la facturación.
- f) A notificar por escrito a la Compañía, los cambios de dirección y teléfono en un plazo máximo de diez (10) días de ocurrido el hecho y tener la constancia de recepción por parte de la Compañía.

ARTÍCULO 15.- OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

La compañía estará obligada a:

- a. Ofrecer información en calidad y cantidad suficiente para la toma de decisiones sobre los planes, programas y modalidades ofertadas. Dicha información deberá señalar con claridad las semejanzas y diferencias que caracterizan a los planes, programas y modalidades, sus beneficios, alcances y limitaciones, de tal modo que sea asequible al pleno conocimiento de los consumidores y publicada en la página web de la compañía;
- b. Otorgar el financiamiento, para la cobertura de todas las prestaciones previstas en los planes contratados, asumiendo los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados, pagando las indemnizaciones contratadas, asumiendo directa o indirectamente o aceptando y cediendo riesgos, con carácter resarcitorio o indemnizatorio, dentro de los límites convenidos en los contratos respectivos, con sujeción a lo previsto en la Ley;
- c. Notificar al usuario, dentro de los cinco días hábiles posteriores al requerimiento, cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto de la cobertura;
- d. Llevar un registro actualizado del portafolio de titulares, beneficiarios, usuarios, dependientes o asegurados, con detalle del tipo de planes y montos de cobertura. Dicha información tendrá el carácter de confidencial y será suministrada mensualmente a la Autoridad Sanitaria Nacional, únicamente para efectos de formulación e implementación de políticas públicas;
- e. No establecer incrementos adicionales de manera individual a los aportes, cuotas o primas del plan contratado, ante el apareamiento de enfermedades crónicas y/o catastróficas, ni negar la renovación de los contratos;
- f. Garantizar los derechos de los afiliados, usuarios, dependientes, beneficiarios o asegurados, en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa, en los términos previstos en la Ley;
- g. Suministrar la información que sea requerida por los organismos de regulación y control previstos en esta Ley;
- h. En la modalidad mixta, en la parte que corresponda, velar para que las prestaciones de los servicios de salud 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; y,
- i. Implementar tecnologías de la información y comunicación, para facilitar la relación interactiva entre las compañías, los prestadores de servicios de salud y los usuarios, principalmente en materia de tramitación administrativa de las prestaciones y contraprestaciones económicas de los contratos, reembolsos, etc.

ARTÍCULO 16.- DOCUMENTACIÓN Y PLAZO PARA RECLAMOS

En caso de haber incurrido en gastos médicos, el **Asegurado** deberá presentar a GENERALI dentro de los noventa (90) días posteriores, los siguientes documentos de reclamo:

- Formulario de reclamación que podrá ser obtenido en las oficinas de la **Compañía** o a través de su página web (Opción Información, Formularios, Generali).
- Historia Clínica completa del afiliado paciente.
- Exámenes médicos de Diagnóstico (radiología, histología y laboratorio). Los análisis de laboratorio deben incluir orden correctamente firmados y sellados por el médico tratante y los resultados.
- Facturas y/o comprobantes de pago con clara y detallada indicación de los medicamentos y servicios recibidos.
- Las facturas por medicamentos deberán estar acompañadas de la receta médica correctamente firmada y selladas por el médico tratante.

Las facturas y/o recibos por concepto de honorarios médicos, medicamentos, análisis y pruebas especiales deberán emitirse a nombre del paciente.

ARTÍCULO 17.- PAGO Y LIQUIDACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Recibida la documentación relativa a los gastos de asistencia médica, GENERALI tramitará el requerimiento de pago una vez que el asegurado o beneficiario formalice su solicitud presentando los documentos previstos en la póliza y pertinentes al siniestro que demuestren su ocurrencia y la cuantía. Una vez concluido el análisis, GENERALI aceptará o negará, motivando su decisión, de conformidad con la ley, en el plazo de treinta (30) días, contados a partir de la presentación de la formalización de la solicitud de pago del Contratante. A falta de respuesta en este lapso, se entenderá aceptada. GENERALI deberá proceder al pago dentro del plazo de los diez (10) días posteriores a la aceptación. Con la negativa u objeción, total o parcial, el asegurado podrá iniciar las acciones señaladas en la Ley General de Seguros.

La compañía podrá utilizar transferencias o medios de pago electrónicos a efectos de llevar a cabo reembolsos y pagos de siniestros a los asegurados.

ARTÍCULO 18.- RENOVACIÓN

Este contrato podrá renovarse por periodos consecutivos, mediante el pago de la prima correspondiente, conforme a la tarifa vigente de la Compañía al momento de la renovación, para lo cual será necesaria la expresa voluntad de las partes de renovarla. La renovación deberá estar suscrita por los contratantes, para que se considere válida y surta todos sus efectos y además se deberá hacer constar el término de ampliación de la vigencia del contrato. La renovación deberá ser formalizada por escrito o a través de cualquier sistema de transmisión y registro digital o electrónico, reconocidos por la legislación vigente en el país.

ARTÍCULO 19.- CAMBIO DE PLAN

El Contratante puede solicitar el cambio a cualquier otro contrato de asistencia médica ofrecido por la Compañía.

Si en el nuevo contrato se concedieren servicios no contemplados en el anterior, deberán respetarse las nuevas condiciones, períodos de carencia para su utilización y las tarifas vigentes del nuevo contrato. El contratante asume los gastos por emisión de nuevo contrato.

ARTÍCULO 20.- COORDINACIÓN DE BENEFICIOS CON OTRAS COMPAÑÍAS

En caso de que el Asegurado gozare de beneficios otorgados por otros seguros, con la misma cobertura que la presente póliza, los importes pagados por estas entidades serán reducidos de los gastos reales.

A tales efectos, el reclamo deberá ser presentado adjuntando la liquidación del reclamo emitido por la empresa que cobro en primera instancia, y sobre el saldo se liquidarán los beneficios a que tuviere derecho el Asegurado bajo esta póliza.

ARTÍCULO 21.- PÉRDIDA DE BENEFICIOS

El Asegurado o sus derechohabientes perderán todo derecho procedente de la presente póliza en los siguientes casos:

- Cuando la reclamación de daños fuera fraudulenta;
- Cuando en apoyo de dicha reclamación, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen medidas o documentos engañosos o dolosos, por parte del Asegurado o terceras personas obrando por cuenta de éste;
- Cuando los gastos médicos, a excepción del intento auto lítico y las emergencias, hubieren sido voluntariamente causados por el Asegurado o con su intervención o complicidad; y,
- Cuando la Compañía rechazare la reclamación de daños que se le hiciere y la otra parte no propusiere ninguna acción judicial dentro de los plazos señalados por la Ley.

ARTÍCULO 22.- DECLARACIÓN FALSA O RETICENCIA

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

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

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

ARTÍCULO 23.- TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Durante la vigencia del presente contrato, el Asegurado podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, mediante notificación escrita a la Compañía, devolviendo el original de esta Póliza y se estará a lo previsto en la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor.

GENERALI no podrá unilateralmente dar por terminado un contrato, salvo en caso de mala fe del Contratante a la hora de contraer sus obligaciones contractuales, o por incumplimiento de las

contraprestaciones económicas por su parte. Dicha causal se configurará con el impago de tres meses consecutivos, y la notificación por escrito por parte de la compañía al Contratante.

Durante el periodo de mora, la compañía, previa notificación escrita al Contratante, podrá suspender el financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, excepto para la que corresponda a emergencia médica, hasta cuando se produzca el pago de las primas adeudadas.

ARTÍCULO 24.- RESTABLECIMIENTO DE VIGENCIA DEL CONTRATO

Producida la terminación anticipada del presente contrato, por decisión unilateral del Contratante, este podrá, por una sola ocasión, solicitar a la compañía, el restablecimiento de su vigencia, con las mismas condiciones originarias, dentro de los tres meses posteriores a dicha terminación, debiendo cumplir, si fuere el caso, con las contraprestaciones económicas correspondientes.

Para que opere el restablecimiento de vigencia del contrato, las partes contratantes deberán acordar expresamente dicho restablecimiento, en los términos constantes en el acuerdo que se suscriba para el efecto.

ARTÍCULO 25.- FALLECIMIENTO DEL TITULAR

En caso de fallecimiento del titular, la compañía estará obligada a mantener todas y cada una de las coberturas del plan contratado, en favor de los asegurados y beneficiarios contractuales por el período de un año contado a partir de la fecha del deceso, sin tener que pagar prima alguna.

ARTÍCULO 26.- DEDUCIBLE

Se aplicará un Deducible de acuerdo a las Condiciones Particulares de la póliza y que será a cargo del Asegurado y no sujeto a reembolso.

ARTÍCULO 27.- CORRESPONSABILIDAD CIVIL Y ADMINISTRATIVA

La compañía será responsable subsidiaria, en los ámbitos civil y administrativo, declarada dicha responsabilidad por juez o autoridad competente, respecto de los perjuicios que se originen por deficiencias de calidad en la prestación de los servicios de salud contratados bajo la modalidad cerrada, y en la parte que corresponda de la modalidad abierta.

ARTÍCULO 28.- ARBITRAJE

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

ARTÍCULO 29.- NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para efectos del presente contrato, deberá efectuarse por escrito al Contratante y a la Compañía en su domicilio. Para estos efectos la

Compañía señala como domicilio el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, y el Contratante y/o Asegurado, el lugar indicado en la solicitud de seguro.

La compañía notificará por escrito al Contratante la actualización de prestadores de los servicios de asistencia médica y el Asegurado a su vez deberá notificar a la compañía los cambios de domicilio que hubiere.

ARTÍCULO 30.- JURISDICCIÓN

Cualquier litigio o controversia que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado con motivo del presente contrato de seguro queda sometidas a la vía judicial. Las acciones contra el asegurador deben ser deducidas en el domicilio de éste o en el lugar donde se hubiera emitido la póliza, a elección del asegurado o beneficiario. Las acciones en contra el asegurado o beneficiario se deducirán en el domicilio del demandado.

ARTÍCULO 31.- PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en tres (3) años, contados a partir del acontecimiento que les dio origen, a menos que el beneficiario o asegurado demuestre no haber tenido conocimiento del hecho o que han estado impedidos de ejercer sus derechos, caso en los que el plazo se contará desde que se tuvo conocimiento o se suspenderá mientras persistió el impedimento, respectivamente, pero en ningún caso excederá de cinco (5) años desde ocurrido el siniestro.

ARTÍCULO 32.- SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:

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

Si el Asegurado o Beneficiario no se allana a las objeciones de la Compañía respecto al pago de la indemnización, también podrá presentar el reclamo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a fin de que ésta requiera a la Compañía que justifique su negativa al pago. El organismo de control dirimirá administrativamente la controversia, aceptando total o parcialmente el reclamo y ordenando el pago del siniestro después de notificada la resolución, o negándolo.

NOTA:

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

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la(s) presente(s) condiciones generales el número de registro 59113, el 03 de abril de 2025.