

## BUPA ECUADOR

Póliza de Seguros de Asistencia Médica  
Global Select Health Plan



Queda entendido y convenido que el presente documento forma parte integrante de la póliza de seguro de asistencia médica Global Select Health Plan.

La **Tabla de Coberturas** que se presenta a continuación proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en la **póliza** y los límites de los beneficios. La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**.

Todas las cantidades mencionadas en la Tabla de Coberturas, relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles**, se entenderán referidas en dólares americanos, moneda oficial del Ecuador.

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

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele exclusiones o restricciones particulares y generales. Favor consultar las Exclusiones y Limitaciones en el documento de Condiciones Generales de la póliza.

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

El monto máximo de cobertura por asegurado aplicará el acumulado de todos los gastos realizados por un mismo asegurado durante su año de vigencia.

Opciones de **deducible** anual obligatorio:

|               | Dentro del <b>país de residencia</b> : | Fuera del <b>país de residencia</b> |
|---------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Plan 1</b> | Doscientos cincuenta dólares (US\$250) | Cinco mil dólares (US\$5,000)       |
| <b>Plan 2</b> | Dos mil dólares (US\$2,000)            | Dos mil dólares (US\$2,000)         |
| <b>Plan 3</b> | Cinco mil dólares (US\$5,000)          | Cinco mil dólares (US\$5,000)       |
| <b>Plan 4</b> | Diez mil dólares (US\$10,000)          | Diez mil dólares (US\$10,000)       |
| <b>Plan 5</b> | Veinte mil dólares (US\$20,000)        | Veinte mil dólares (US\$20,000)     |

| TABLA DE COBERTURAS                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| NOMBRE DEL PLAN:                                                                                                                          | GLOBAL SELECT HEALTH PLAN                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
| TIPO DE PLAN:                                                                                                                             | INDIVIDUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
| MODALIDAD:                                                                                                                                | MIXTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
| TIPO DE DEDUCIBLE                                                                                                                         | POR PERSONA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
| VALOR DEL DEDUCIBLE                                                                                                                       | De acuerdo al plan contratado                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
| MONTO MÁXIMO DE COBERTURA POR ASEGURADO POR AÑO PÓLIZA:                                                                                   | 2.000.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
| COBERTURA GEOGRÁFICA                                                                                                                      | ECUADOR<br>A menos de que se especifique lo contrario, la cobertura de esta Póliza dentro del Ecuador es de libre elección de proveedores médicos.                                                                                                                                                                   |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
|                                                                                                                                           | INTERNACIONAL<br>A menos de que se especifique lo contrario, esta Póliza proporciona cobertura en el exterior dentro de la red de proveedores internacionales de Bupa correspondiente a este producto, excepto para emergencias, las cuales están cubiertas bajo la cobertura de "tratamiento médico de emergencia". |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
|                                                                                                                                           | (a) La red de proveedores internacionales de Bupa aplicable a este producto está disponible a través de la Compañía o en su página de internet: <a href="http://www.bupasalud.com.ec">www.bupasalud.com.ec</a> .                                                                                                     |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
|                                                                                                                                           | (b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la red de proveedores, todo tratamiento médico deberá ser notificado por el Asegurado y coordinado por la Compañía.                                                                                                                           |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
|                                                                                                                                           | Sin embargo, la Compañía no participará en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes aplicable vigentes. Por favor comuníquese con la Compañía para obtener más información sobre esta restricción.                                                         |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
| NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE                                                                                                            | DENTRO DEL ECUADOR: Tarifario Bupa (basado en Tabla Hospital Metropolitano)                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
|                                                                                                                                           | PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA: Tarifario Nacional                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
|                                                                                                                                           | FUERA DEL ECUADOR: Tarifario Bupa de acuerdo al área geográfica                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
| FINANCIAMIENTO/ COBERTURAS/ PRESTACIONES SANITARIAS                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
| PRESTACIONES SANITARIAS<br>Beneficios amparados en la cobertura                                                                           | RED CERRADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                       |          | RED ABIERTA |                                                                                       |          |
|                                                                                                                                           | COPAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SUB-LÍMITES / TOPES MÁXIMOS DE COBERTURA                                              | CARENCIA | COPAGO      | SUB-LÍMITES / TOPES MÁXIMOS DE COBERTURA                                              | CARENCIA |
| COBERTURA AMBULATORIA                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |          |             |                                                                                       |          |
| Cirugía ambulatoria                                                                                                                       | 0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días   | 0%          | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días   |
| Exámenes de patología, radiología y diagnóstico                                                                                           | 0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días   | 0%          | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días   |
| Honorarios médicos                                                                                                                        | 0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días   | 0%          | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días   |
| Enfermeros profesionales                                                                                                                  | 0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Máximo 15 visitas por año póliza, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario | 0 días   | 0%          | Máximo 15 visitas por año póliza, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario | 0 días   |
| Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos<br>Incluye: Terapias físicas, cardíacas, respiratorias y de lenguaje (debe ser pre-aprobada) | 0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Máximo 20 visitas por año póliza, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario | 0 días   | 0%          | Máximo 20 visitas por año póliza, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario | 0 días   |
| Consultas medicina alternativa y ancestral                                                                                                | 0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | US\$50                                                                                | 0 días   | 0%          | US\$50                                                                                | 0 días   |

Código Aprobación ACESS N°: Opción 1: 012-010-173; Opción 2: 012-010-174; Opción 3: 012-010-175; Opción 4: 012-010-176; Opción 5: 012-010-177. Ligado al Contrato ACESS N°:012-S12-2020

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                       |         |                                 |                                                                                       |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Medicamentos y materiales de curación con receta médica                                                                                                                                                                                                        | 20%                       | Hasta US\$5,000                                                                       | 0 días  | 20%                             | Hasta US\$5,000                                                                       | 0 días |
| Medicamentos y materiales de curación con receta médica                                                                                                                                                                                                        | 0%                        | Después de los US\$5,000, Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.         | 0 días  | 0%                              | Después de los US\$5,000, Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.         | 0 días |
| Equipo médico durable y suministro de los equipos (debe ser pre-aprobada)                                                                                                                                                                                      | 0%                        | Hasta US\$8,000                                                                       | 0 días  | 0%                              | Hasta US\$8,000                                                                       | 0 días |
| Imagenología avanzada                                                                                                                                                                                                                                          | 0%                        | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días  | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días |
| Tratamiento integral del cáncer y rehabilitación (debe ser pre-aprobada)                                                                                                                                                                                       | 0%                        | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días  | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días |
| Diálisis y Heomodíalisis renal                                                                                                                                                                                                                                 | 0%                        | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días  | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días |
| Salud mental en ambulatorio (psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta).                                                                                                                                                                                          | 0%                        | Máximo 15 visitas por año póliza, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario | 0 días  | 0%                              | Máximo 15 visitas por año póliza, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario | 0 días |
| Centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en Estados Unidos.<br>•Red Preferida Bupa, disponible en la Compañía o en su página de Internet: <a href="http://www.bupasalud.com.ec">www.bupasalud.com.ec</a> (no aplica coaseguro ni deducible) | Fee administrativo US\$50 | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 30 días | Beneficio exclusivo Red Cerrada |                                                                                       |        |
| COBERTURA PREHOSPITALARIA                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                       |         |                                 |                                                                                       |        |
| Ambulancia aérea local (debe ser pre-aprobada)                                                                                                                                                                                                                 | 0%                        | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días  | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días |
| Ambulancia terrestre local (debe ser pre-aprobada)                                                                                                                                                                                                             | 0%                        | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días  | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días |
| COBERTURA HOSPITALARIA                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                                                                       |         |                                 |                                                                                       |        |
| Alojamiento en el hospital, alimentos e interconsultas                                                                                                                                                                                                         | 0%                        | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días  | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días |
| Derecho a sala, insumos, materiales clínicos y medicamentos                                                                                                                                                                                                    | 0%                        | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días  | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días |
| Cuidados intensivos                                                                                                                                                                                                                                            | 0%                        | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días  | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días |
| Cirugía                                                                                                                                                                                                                                                        | 0%                        | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días  | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días |
| Honorarios del médico/cirujano                                                                                                                                                                                                                                 | 0%                        | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días  | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                   | 0 días |
| Honorarios del anestesista                                                                                                                                                                                                                                     | 0%                        | Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal                                 | 0 días  | 0%                              | Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal                                 | 0 días |

Código Aprobación ACESS N°: Opción 1: 012-010-173; Opción 2: 012-010-174; Opción 3: 012-010-175; Opción 4: 012-010-176; Opción 5: 012-010-177. Ligado al Contrato ACESS N°:012-S12-2020

|                                                                                                                   |    |                                                                                    |                                                   |    |                                                                                    |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Honorarios del médico/cirujano asistente                                                                          | 0% | Hasta el 20% de los honorarios del Cirujano Principal                              | 0 días                                            | 0% | Hasta el 20% de los honorarios del Cirujano Principal                              | 0 días                                            |
| Exámenes de patología, radiología y diagnóstico                                                                   | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            |
| Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas (debe ser pre-aprobada) | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            |
| Cirugía por obesidad (debe ser pre-aprobada)                                                                      | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 90 días                                           | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 90 días                                           |
| Cirugía preventiva (debe ser pre-aprobada)                                                                        | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            |
| Prótesis                                                                                                          | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario, hasta 2 reemplazos             | 0 días                                            | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario, hasta 2 reemplazos             | 0 días                                            |
| Implantes prostéticos y órtesis                                                                                   | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            |
| Cirugía reconstructiva o correctiva (debe ser pre-aprobada)                                                       | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            |
| Salud mental durante la hospitalización (debe ser pre-aprobada)                                                   | 0% | Máximo 90 visitas de por vida, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario | 0 días                                            | 0% | Máximo 90 visitas de por vida, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario | 0 días                                            |
| <b>PROHIBICIÓN A LAS EXCLUSIONES</b>                                                                              |    |                                                                                    |                                                   |    |                                                                                    |                                                   |
| Tratamiento dental relacionado con accidentes                                                                     | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            |
| Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos                                                            | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            |
| Enfermedades de transmisión sexual diferentes al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida                          | 0% | US\$50                                                                             | 90 días en hospitalario<br>30 días en ambulatorio | 0% | US\$50                                                                             | 90 días en hospitalario<br>30 días en ambulatorio |
| Métodos anticonceptivos temporales o definitivos (aplica solo en Ecuador)                                         | 0% | US\$50                                                                             | 30 días                                           | 0% | US\$50                                                                             | 30 días                                           |
| Desórdenes del sueño (aplica solo en Ecuador)                                                                     | 0% | US\$50                                                                             | 30 días                                           | 0% | US\$50                                                                             | 30 días                                           |
| Tratamiento por obesidad (aplica solo en Ecuador)                                                                 | 0% | US\$50                                                                             | 30 días en ambulatorio<br>90 días en hospitalario | 0% | US\$50                                                                             | 30 días en ambulatorio<br>90 días en hospitalario |
| Medicamentos suplementarios (aplica solo en Ecuador) incluye vitaminas y fórmulas alimenticias medicadas          | 0% | US\$50                                                                             | 30 días                                           | 0% | US\$50                                                                             | 30 días                                           |
| Cama extra en el hospital para (1) acompañante                                                                    | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            | 0% | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.                                | 0 días                                            |
| Alimentación en el hospital para (1) acompañante de menor de edad o adulto mayor de 75 años hospitalizado         | 0% | US\$50                                                                             | 90 días                                           | 0% | US\$50                                                                             | 90 días                                           |

Código Aprobación ACCESS N°: Opción 1: 012-010-173; Opción 2: 012-010-174; Opción 3: 012-010-175; Opción 4: 012-010-176; Opción 5: 012-010-177. Ligado al Contrato ACCESS N°:012-S12-2020

| COBERTURAS OBLIGATORIAS                                                                                                                                                                                                                 |     |                                                     |                                                   |                                 |                                                     |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Enfermedades crónicas y catastróficas sobrevivientes (los sublímites estarán sujetos a lo especificado en esta Tabla de Coberturas, de acuerdo al beneficio que se requiera)                                                            | 0%  | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 0 días                                            | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 0 días                                            |
| Tratamiento médico de emergencia en Ecuador de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Generales                                                                                                                                   | 0%  | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 0 días                                            | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 0 días                                            |
| Prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero (aplica solo en Ecuador)<br>El detalle de las coberturas de esta prestación se encuentra en las Condiciones Generales de esta Póliza<br>• No aplica deducible ni coaseguro | 0%  | De acuerdo al Tarifario Nacional                    | 30 días                                           | Beneficio exclusivo Red Cerrada |                                                     |                                                   |
| OTROS BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                        |     |                                                     |                                                   |                                 |                                                     |                                                   |
| Condiciones congénitas y/o hereditarias (aplica fuera de Ecuador)<br>• Diagnosticadas antes de los 18 años (máximo de por vida)                                                                                                         | 0%  | US\$200,000 de por vida                             | 0 días                                            | 0%                              | US\$200,000 de por vida                             | 0 días                                            |
| Condiciones congénitas y/o hereditarias<br>• Diagnosticadas a los 18 años o después                                                                                                                                                     | 0%  | US\$500,000 de por vida                             | 0 días                                            | 0%                              | US\$500,000 de por vida                             | 0 días                                            |
| Condiciones congénitas y/o hereditarias consideradas enfermedades raras y huérfanas o enfermedades catastróficas que sean tratadas en Ecuador.                                                                                          | 0%  | US\$1.000,000 de por vida                           | 0 días                                            | 0%                              | US\$1.000,000 de por vida                           | 0 días                                            |
| Trasplantes (debe ser pre-aprobado)                                                                                                                                                                                                     | 0%  | US\$500,000 por diagnóstico, de por vida            | 0 días                                            | 0%                              | US\$500,000 por diagnóstico, de por vida            | 0 días                                            |
| Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)                                                                                                                                                                                          | 0%  | US\$300,000 de por vida                             | 90 días en hospitalario<br>30 días en ambulatorio | 0%                              | US\$300,000 de por vida                             | 90 días en hospitalario<br>30 días en ambulatorio |
| Cobertura para actividades y deportes peligrosos en forma amateur                                                                                                                                                                       | 0%  | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 0 días                                            | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 0 días                                            |
| Evacuación médica sin costo de prima adicional (debe ser pre-aprobada)                                                                                                                                                                  | 0%  | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 0 días                                            | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 0 días                                            |
| Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación o repatriación) sin costo de prima adicional (debe ser pre-aprobada)                                                                                                    | 0%  | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 0 días                                            | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 0 días                                            |
| Costos de alimentación y transporte para acompañante sin costo de prima adicional                                                                                                                                                       | 0%  | US\$100 por día, máximo 10 días por año póliza      | 0 días                                            | 0%                              | US\$100 por día, máximo 10 días por año póliza      | 0 días                                            |
| Costos de viaje de traslado de niños sin costo de prima adicional (debe ser pre-aprobada)                                                                                                                                               | 0%  | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 0 días                                            | 0%                              | Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario. | 0 días                                            |
| Examen de salud general<br>No aplica deducible                                                                                                                                                                                          | 0%  | US\$400                                             | 10 meses                                          | 0%                              | US\$400                                             | 10 meses                                          |
| Vacunas medicamente requeridas<br>No aplica deducible                                                                                                                                                                                   | 20% | US\$300                                             | 0 días                                            | 20%                             | US\$300                                             | 0 días                                            |

Código Aprobación ACESS N°: Opción 1: 012-010-173; Opción 2: 012-010-174; Opción 3: 012-010-175; Opción 4: 012-010-176; Opción 5: 012-010-177. Ligado al Contrato ACESS N°:012-S12-2020

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                    |          |                                              |                                                    |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|
| Enfermería en casa (debe ser pre-aprobada)                                                                                                                                                                                                                                                 | 0%                                           | US\$300 por día, máximo 30 días                    | 0 días   | 0%                                           | US\$300 por día, máximo 30 días                    | 0 días   |
| Rehabilitación multidisciplinaria (debe ser pre-aprobada), aplica cuando:<br>• se requiera combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiologías<br>• inicie dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la rehabilitación multidisciplinaria. | 0%                                           | US\$300 por terapia, máximo 30 terapias            | 0 días   | 0                                            | US\$300 por terapia, máximo 30 terapias            | 0 días   |
| Cobertura extendida para dependientes elegibles debido a la muerte del Asegurado Principal                                                                                                                                                                                                 | De acuerdo al plan contratado por un (1) año |                                                    |          | De acuerdo al plan contratado por un (1) año |                                                    |          |
| PREEXISTENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                    |          |                                              |                                                    |          |
| Condiciones preexistentes<br>Beneficio de ley para condiciones preexistentes, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Generales de esta póliza.                                                                                                                                    | 0%                                           | Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza | 24 meses | 0%                                           | Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza | 24 meses |
| DISCAPACIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                              |                                                    |          |                                              |                                                    |          |
| Cobertura para personas con discapacidad<br>Beneficio de ley para condiciones preexistentes, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Generales de esta póliza.                                                                                                                     | 0%                                           | Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza | 3 meses  | 0%                                           | Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza | 3 meses  |

**Nota:**

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control aprobó el presente anexo con el número de registro 55193, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2022-00048117-O del 11 de agosto 2022.