Bupa

Seguro de Asistencia Médica de
Bupa Corporativo
Condiciones Generales de la Póliza

miBupa
miSeguro a miMedida

40 AÑOS DE PRESENCIA EN LATINOAMÉRICA

Seguro de Asistencia Médica de
Bupa Corporativo
Condiciones Generales de la Póliza

1. ANTECEDENTES

Esta póliza es un contrato de seguro entre el contratante y la Compañía con validez por cada año póliza, el contrato solamente puede ser ejecutable por las partes, es decir, no se otorga el derecho para ejecutar ni ningún otro derecho a terceras partes.

Este contrato de seguro se compone de y constituye parte integrante del contrato lo siguiente:

- Condiciones Generales de la Póliza
- Tabla de Coberturas
- Condiciones Particulares
- Certificado Individual de Seguro de Asistencia Médica
- Solicitud de Seguro de Salud de Grupo Asistencia Médica Plan Corporativo/ Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Local PYME (según aplique)
- Formulario Individual de Solicitud/Inclusión del Asegurado para el Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo y Declaración de Salud
- Endosos y Anexos adheridos a la póliza

En este documento, el término "Compañía" se refiere a Bupa Ecuador S.A Compañía de Seguros, y el término "Contratante" se refiere a la persona jurídica con quien la Compañía ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a los asegurados bajo esta póliza de seguro de asistencia médica de grupo plan corporativo, y el término "Asegurado Titular" se refiere al asegurado principal nombrado en el Certificado Individual de Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo.

Todos los reembolsos son procesados de acuerdo con las tarifas usuales, acostumbradas y razonables por servicios médicos específicos. La cantidad "usual, acostumbrada y razonable" es el valor máximo que la Compañía considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.

2. AMPARO BÁSICO

La Compañía únicamente cubrirá los gastos relacionados con las coberturas y beneficios cubiertos, de conformidad con lo establecido en la Tabla de Coberturas.

En caso de que los asegurados del grupo tengan residencia en un país diferente al Ecuador, los beneficios ofrecidos bajo este contrato no garantizan el cumplimiento de los requisitos obligatorios de su país de residencia.

2.1. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Se otorga cobertura bajo tarifa cero dentro del territorio ecuatoriano como se especifica en el Anexo Tabla de Prestaciones de Prevención Primaria incluidas en Tarifa Cero y en la red ambulatoria definida por Bupa Ecuador y de acuerdo con los costos establecidos en el tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud.

2.2. COBERTURAS POR TRATAMIENTO AMBULATORIO

Los servicios ambulatorios incluyen todos los tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Estos pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas. Los servicios ambulatorios están sujetos al coaseguro y deducible correspondiente. Los servicios ambulatorios que requieran sedación o de mayor complejidad, deben ser pre-aprobados enviando con setenta y dos (72) horas de anticipación los documentos que sean aplicables conforme a lo establecido en el numeral 20 "Documentos necesarios para la reclamación de un siniestro", con excepción de las emergencias médicas.

2.2.1. CIRUGÍA AMBULATORIA

Todos los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico que permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

2.2.2. VISITAS A MÉDICOS ESPECIALISTAS

Incluye el costo de honorarios del médico tratante por cada una de las atenciones realizadas al Asegurado en su consultorio privado o intrahospitalarias.

2.2.3. DIÁLISIS O HEMODIÁLISIS

Incluye todo tipo de gastos médicos necesarios para la ejecución de este tipo de tratamiento especializado, con excepción de la compra del equipo de riñón artificial personal o para uso residencial.

2.2.4. ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR

Se cubrirán los cuidados al Asegurado en su hogar que hayan sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, que sean necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y sean prescritos en lugar de la hospitalización.

La atención médica en el hogar incluye los servicios fuera del hospital de profesionales certificados y autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad competente del país donde se otorgue el servicio fuera del hospital, y no incluyen los cuidados asistenciales.

Este beneficio requiere de pre-aprobación; en caso de que ésta no sea solicitada, se aplicará un treinta por ciento (30%) de coaseguro adicional al contratado.

2.2.5. FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

Estarán cubiertas las terapias: física, respiratoria, cardíaca y de lenguaje. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado con 72 horas de anticipación para obtener aprobación; en caso de que ésta no sea solicitada, se aplicará un treinta por ciento (30%) de coaseguro adicional al contratado.

2.2.6. PROCEDIMIENTO DE DIAGNOSTICO DENTRO DEL PROTOCOLO

Procedimientos de diagnóstico ambulatorios dentro del protocolo: Los cargos por exámenes de laboratorio radiografías, ecocardiogramas, ultrasonido, imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), procedimientos endoscópicos y otros procedimientos de diagnóstico están cubiertos cuando han sido recomendados por el médico del paciente para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente.

2.2.7. MEDICAMENTOS POR RECETA

Los medicamentos por receta que hayan sido prescritos por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria por una condición médica cubierta bajo esta póliza están cubiertos como se indica en la Tabla de Coberturas de la póliza. Una vez finalizada la cobertura de medicamentos por receta después de una hospitalización, se aplicará la cobertura de medicamentos ambulatoria o sin hospitalización. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al asegurado.

2.3. ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

2.3.1. EVACUACIÓN DE EMERGENCIA

El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una Compañía de transporte certificada y autorizada por la autoridad competente donde se presente el servicio. El vehículo o aeronave utilizada deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas. Para el transporte por ambulancia aérea, se considerará también lo siguiente:

(a) Todo transporte por ambulancia aérea deberá realizarse desde el hospital donde el Asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

(b) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser pre-aprobado por la Compañía y coordinado entre la Compañía, el Asegurado y/o proveedor médico.

(c) La Aseguradora opera a través de la modalidad abierta. Esto es, aquella por la cual el Asegurado elige al proveedor de los servicios médicos cubiertos. En consecuencia, el Asegurado se compromete a mantener a la Compañía o a cualquier otra Compañía afiliada o vinculada con la misma, libre de toda responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios de transporte, incluidos reclamos por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.

2.4. COBERTURAS POR HOSPITALIZACIÓN

2.4.1. SERVICIOS HOSPITALARIOS E INTERCONSULTAS

El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado que ha sido hospitalizado. El (la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran servicios hospitalarios.

2.4.2. HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN

Se proporciona cobertura para el paciente solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están cubiertas como se especifica en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

2.4.3. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Se proporciona cobertura de este rubro solamente cuando el uso de la unidad de cuidado intensivo es médicamente necesario. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están cubiertas como se especifica en la Tabla de Coberturas.

2.4.4. HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA

Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico o de enfermería solamente están cubiertos cuando son médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:

(a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o

(b) Las tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado.

2.4.5. RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Se cubrirá el costo derivado de la permanencia del Asegurado en un centro especializado en atención integral a pacientes con una enfermedad potencialmente mortal, en fase avanzada y que ya no responde al tratamiento curativo, incluyendo cuidados físicos, psicológicos, y sociales, así como también adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos por receta.

Este cuidado debe ser pre-aprobado por la Compañía.

2.4.6. MEDICAMENTOS POR RECETA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Los medicamentos por receta prescritos durante una hospitalización cubierta.

2.4.7. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO

Los cargos de hospital por patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET), ultrasonido, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico están cubiertos como se indica en la Tabla de Condiciones Específicas de la póliza cuando dichos procedimientos sean recomendados por un médico para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente, y cuando son realizados en el hospital como parte de la hospitalización.

2.4.8. CAMA Y ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE DE MENOR DE EDAD O ADULTO MAYOR DE SETENTA Y CINCO (75) AÑOS HOSPITALIZADO

Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama y alimentación para acompañante de un niño hospitalizado menor de dieciocho (18) años y adultos mayores de setenta y cinco (75) años se pagarán hasta el máximo por día especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

2.5. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y URGENCIA

2.5.1. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Todos los gastos o servicios médicos debido a una condición o situación de emergencia proporcionados por un proveedor fuera de la red de proveedores de Bupa, serán cubiertos y pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

2.5.2. TRATAMIENTO MÉDICO DE URGENCIA

Todos los gastos o servicios médicos debido a una condición o situación médica de urgencia que amerita evaluación y tratamiento en una institución de salud estarán cubiertos bajo la póliza.

2.6. CUIDADO DE MATERNIDAD

2.6.1. EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO

Según el plan contratado, contará con esta cobertura cuando se especifique en la Tabla de Coberturas

Los gastos médicos cubiertos relacionados con la maternidad incluyen:

- Cuidados pre-natales
- Cuidados post-natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto
- Condiciones secundarias debido al embarazo
- Cuidado de rutina del recién nacido saludable

(a) Parto normal: Los gastos médicos relacionados con un parto normal están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente por embarazo, siempre y cuando la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta póliza durante un período continuo de sesenta (60) días calendario antes del inicio del embarazo.

(b) Parto por cesárea prescrita: Los gastos médicos relacionados con un parto por cesárea están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla Coberturas de la póliza, siempre y cuando la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta póliza durante un período continuo de sesenta (60) días calendario antes del inicio del embarazo. Este beneficio solamente aplica cuando es médicamente necesario que el bebé nazca por cesárea. Si la asegurada elige tener parto por cesárea cuando no es médicamente necesario, el beneficio máximo pagadero será la cantidad especificada para parto normal en el numeral (a).

(c) Si el embarazo se produjere dentro del período de carencia, se otorgará únicamente la cobertura definida en las provisiones cubiertas bajo tarifa cero y de acuerdo con los términos y condiciones allí definidos.

2.6.2. COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO

Para que el recién nacido de un embarazo cubierto disfrute de todas las coberturas y beneficios bajo esta póliza sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, el Asegurado Titular y/o contratante deberá presentar dentro de los primeros 30 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Si la notificación no es recibida durante los 30 días después del parto, se requerirá una Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo/ Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Local PYME para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta al proceso de evaluación de riesgo correspondiente.

Si el recién nacido nace de un embarazo no cubierto, se le podrá agregar a la póliza cumpliendo con el envío de una Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo/ Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Local PYME, la cual entrará al proceso de evaluación de riesgo correspondiente.

El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

2.6.3. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD, PARTO Y RECIÉN NACIDO

Según el plan contratado, contará con esta cobertura cuando se especifique en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, incluyendo los gastos médicos relacionados con:

(a) Aborto espontáneo, óbito fetal, embarazo ectópico, hemorragia postparto y placenta retenida.

(b) Complicaciones del Recién Nacido (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias).

(c) Para los propósitos de esta cobertura, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.

Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo la póliza, a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.

2.7. CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS

El tratamiento médicamente necesario para condiciones congénitas y/o hereditarias está cubierto hasta el máximo indicado en la Tabla de Coberturas de la póliza.

El beneficio comienza cuando la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. Las condiciones congénitas y/o hereditarias consideradas enfermedades raras y huérfanas o enfermedades catastróficas que sean tratadas en Ecuador tendrán cobertura como se especifica en la Tabla de Coberturas de la póliza, siempre que sean consideradas como tal por las autoridades competentes en el Ecuador.

En caso de ser una condición preexistente, esta será cubierta bajo el beneficio de condiciones preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si el recién nacido es producto de una maternidad cubierta, la cobertura será de acuerdo con las condiciones y monto asegurado indicado en este beneficio.

2.8. CONDICIONES PREEXISTENTES

Esta cobertura se proporcionará previo acuerdo entre las partes, los beneficios, exclusiones, limitaciones y restricciones aplicables a esta cobertura, así como demás términos y condiciones se encontrarán especificadas en las Condiciones Particulares.

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

a) Estarán cubiertas bajo el beneficio acordado, las condiciones preexistentes que cada asegurado haya declarado en su Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo/ Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Local PYME y se encuentren especificadas en las Condiciones Particulares.

b) Las preexistencias no declaradas al momento de llenar la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo/ Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Local PYME nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor.

c) La Compañía negará la cobertura en casos de preexistencias no declaradas al tiempo de la contratación de la póliza, o la inclusión de nuevos asegurados, cuando considere que el titular, usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado conocía la existencia de su enfermedad, patología o condición de salud, por presentar manifestaciones clínicas y alteraciones físicas que, por sus signos y síntomas característicos y evidentes, no pudieron pasar desapercibidos y por contar con un diagnóstico médico.

2.9. ENFERMEDADES CRÓNICAS, CATASTRÓFICAS, DEGENERATIVAS Y RARAS

Estarán cubiertas, cuando sean consideradas como sobrevinientes, de acuerdo a lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, las enfermedades que la Autoridad Sanitaria Nacional haya nombrado y determinado como crónicas, catastróficas, degenerativas y raras.

Las condiciones congénitas y/o hereditarias consideradas enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras, tendrán cobertura como se especifica en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

2.10. TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER

Incluye tratamiento médico para tratar esta condición, sea éste hospitalario o ambulatorio, incluyendo cirugía reconstructiva y rehabilitación.

2.11. TRASPLANTE

Esta cobertura se proporcionará previo acuerdo entre las partes, los beneficios, exclusiones, limitaciones y restricciones aplicables a esta cobertura, así como demás términos y condiciones se encontrarán especificadas en las Condiciones Particulares.

Para procedimientos realizados en Ecuador, se cubrirán los gastos que correspondan a los procesos de pre-trasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos, y sean necesarios para atender al donante y al receptor.

Para hacer uso de este beneficio, el Asegurado deberá solicitar pre-aprobación a la Compañía, de acuerdo con el proceso establecido en el numeral 18 "Proceso de reclamo para cobertura".

2.12. COBERTURA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Esta cobertura se proporcionará previo acuerdo entre las partes, los beneficios, exclusiones, limitaciones y restricciones aplicables a esta cobertura, así como demás términos y condiciones se encontrarán especificadas en las Condiciones Particulares.

Las coberturas para personas con discapacidad estarán disponibles siempre que el Asegurado sea calificado como persona discapacitada por la autoridad competente de acuerdo con los lineamientos regulatorios de elegibilidad indicados en la Ley Orgánica de Discapacidades y sus normas reglamentarias.

En caso de pólizas grupales, al cancelar anticipadamente la póliza el contratante, la persona con discapacidad podrá suscribir con la Aseguradora una póliza individual por el tiempo remanente de los tres (3) años. La cuantía de las primas para personas con discapacidad es igual a las fijadas para las pólizas emitidas a favor de personas sin discapacidad.

2.13. MEDICAMENTOS SUPLEMENTARIOS

Los medicamentos suplementarios prescritos por receta médica están cubiertos hasta el límite máximo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente y se encuentran bajo este concepto:

(a) Dispositivos, aparatos o sueros terapéuticos inyectables, incluyendo suministros para colostomía y prendas de soporte, independientemente del uso que se pretenda darles.

(b) Supositorios de progesterona.

(c) Los medicamentos o vacunas para prevenir alergias.

El total de todos los gastos cubiertos hasta el límite máximo será aplicado primero contra el pago del deducible. Cuando los gastos excedan el valor del deducible, la Compañía pagará la diferencia entre la cantidad de gastos aplicada al deducible y el límite del beneficio para cubrir medicamentos por receta.

2.14. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

El tratamiento dental relacionado con un accidente que sea necesario para reparar el daño de dientes como consecuencia de un accidente o lesión está cubierto. El tratamiento deberá proporcionarse y completarse dentro de un período de noventa (90) días después de la fecha en que ocurrió el accidente o lesión. El dentista deberá confirmar que los dientes tratados fueron dañados como consecuencia de un accidente. Esta cobertura no aplica a dentaduras postizas.

2.15. PERÍODO DE CARENCIA

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

Carencia Ambulatoria	Desde 0 a 30 días. Dependiendo el beneficio
Carencia Hospitalaria	Máximo 90 días
Carencia Emergencia/Urgencia	24 horas
Carencia Preexistencias Declaradas	Máximo 24 meses
Carencia Discapacidad Declarada	Máximo 3 meses
Carencia Maternidad	Máximo 60 días
Carencia Beneficios Adicionales	Libre negociación

3. AMPAROS ADICIONALES

3.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Se cubre cualquier método anticonceptivo temporal y permanente hasta el límite indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

3.2. ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL

Los desórdenes relacionados con el virus del papiloma humano (VPH), y cualquier otra enfermedad trasmitida sexualmente, estarán cubiertos hasta el límite máximo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

3.3. TRATAMIENTO PARA PROBLEMAS DE MALNUTRICIÓN

Incluye asesoría nutricional y suplementos alimenticios siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo con los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia o a los protocolos internacionales.

3.4. TRATAMIENTO A CONSECUENCIA DEL USO DE ALCOHOL, DROGAS O ESTUPEFACIENTES

Incluye las atenciones necesarias 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.

4. BENEFICIOS ADICIONALES

La Compañía podrá agregar Coberturas y Beneficios adicionales a los estipulados en estas Condiciones Generales, siempre y cuando exista un acuerdo entre las partes, que podría implicar un costo adicional en la prima del seguro, la cual será pactada de mutuo acuerdo. La tarifa y las Coberturas o Beneficios Adicionales constará en la Tabla de Coberturas que se encontrará en el documento de Condiciones Particulares.

5. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

En esta sección de exclusiones y limitaciones encontrará un listado de los tratamientos, condiciones y situaciones específicas que no están cubiertas por la Compañía como parte del Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo.

5.1. GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS

El tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o dolencia, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

(a) Que no sea médicamente necesario, o

(b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o doctor o profesional acreditado, o

(c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o

(d) Que está relacionado con el cuidado asistencial, o

(e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias, o

(f) Que sea un artículo personal, como llamadas telefónicas, periódicos, cosméticos o alimentos para visitantes.

(g) Los servicios y tratamientos que no se lleven a cabo dentro de la red de proveedores de Bupa, cuando el plan contemple una red de proveedores específica; excepto en los casos de tratamiento médico de emergencia.

5.2. EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS

Exámenes de rutina de ojos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.

5.3. CIRUGÍA COSMÉTICA

Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión,

deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos o imágenes computarizadas, o cuando sea una condición preexistente declarada, la cual tendrá cobertura de acuerdo con la Tabla de Coberturas de la póliza.

5.4. **TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL**

Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la autoridad nacional competente, o por la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio.

5.5. **GASTOS QUE EXCEDAN LO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE**

Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

5.6. **COMPLICACIONES DE CONDICIONES NO CUBIERTAS**

El tratamiento o servicio por cualquier condición médica mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por un endoso o enmienda, o no cubiertas bajo esta póliza.

5.7. **TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO**

Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.

5.8. **ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL**

La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Compañía.

5.9. **TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO**

Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.

5.10. **MEDICAMENTOS SIN RECETA**

Medicamentos sin receta médica o que no estén relacionados con un padecimiento o accidente cubierto por esta Póliza

5.11. **EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL**

Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Compañía.

5.12. **ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS**

Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las condiciones de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crio preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

5.13. **TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR**

Lesión, enfermedad o dolencia causada por, o relacionada con, radiación ionizada, polución o contaminación, radiactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.

5.14. **CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO Y LA SEXUALIDAD**

Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual, impotencia e inadecuaciones sexuales.

5.15. **TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD**

Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la maternidad subrogada.

5.16. **COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD**

Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad e infertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.

5.17. **TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD PARA EMBARAZOS NO CUBIERTOS**

Todo tratamiento relacionado con el embarazo o la maternidad para un embarazo no cubierto, con excepción de la cobertura provista bajo la tarifa cero.

5.18. **ABORTO**

La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.

5.19. **CUIDADO PODIÁTRICO**

Cuidado podológico o podiátrico que sea cosmético o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales, y soportes de cualquier tipo o forma.

5.20. **TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA**

Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o sus complicaciones, cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental.

5.21. **DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL**

Excepto cuando el tratamiento sea médicamente necesario y sean a consecuencia de un accidente.

5.22. **COSTOS RELACIONADOS CON EL TRANSPORTE DE EMERGENCIA**

Cualquier costo adicional o secundario relacionado con la necesidad de transporte de emergencia, tales como gastos de hotel.

5.23. **ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS**

El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o enfermedad pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o enfermedad pandémica no están cubiertos, excepto en los casos que la Autoridad Nacional competente así lo disponga, en cuyo caso se otorgará cobertura hasta un límite del 20% del monto total asegurado.

5.24. **TRATAMIENTO PARA EL CRECIMIENTO**

Se encuentra excluido todo gasto relacionado con la hormona del crecimiento para el tratamiento de talla corta constitucional, excepto cuando la talla corta constitucional sea consecuencia de enfermedades consideradas catastróficas o enfermedades raras y huérfanas, tal como se definen en el Artículo 6 "Definiciones" de estas Condiciones Generales, y siempre que dichos tratamientos sean médicamente necesarios y pre-aprobados por la Compañía.

5.25. **PRUEBAS GENÉTICAS**

Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el Asegurado es susceptible o no de desarrollar una enfermedad o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico.

5.26. **DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO**

No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedarán limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo siempre y cuando esta cobertura se especifique en la Tabla de Beneficios.

5.27. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO

No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos en ambulatorio u hospitalización, cuando la razón principal sea para una condición primariamente de origen mental. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

5.28. TRATAMIENTO COSMÉTICO

Cirugía que no sea médicamente necesaria y tratamiento para alterar la apariencia del asegurado que sea considerada cosmética, tanto si se requiere o no por razones psicológicas.

5.29. TRATAMIENTOS DE LOS PIES

Cualquier tratamiento no quirúrgico de enfermedades de los pies (callos, callosidades, juanetes hallux valgas, dedo en martillo, neurona de morton, pies planos, arcos débiles y otros trastornos sintomáticos de los pies) incluyendo, pero no limitado a pedicure, tratamientos quiroprácticos, zapatos ortopédicos u otros soportes especiales de cualquier tipo o forma.

5.30. Tratamientos que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de América, disponible en"http://www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets%20Control.aspx" www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets Control.aspx, en concordancia con las normas de Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros delitos aplicables en el Ecuador.

6. DEFINICIONES

6.1. ACCIDENTE

Evento desafortunado que ocurre de forma imprevista y súbita, provocado por una causa externa, siempre sin la intención de causarlo por parte del asegurado, el cual provoca lesiones o trauma y requiere atención médica ambulatoria u hospitalización del paciente. La información médica relacionada con el accidente será evaluada por la Compañía, y la compensación será determinada de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza.

6.2. ACCIDENTE SERIO

Un trauma imprevisto que ocurre sin la intención del asegurado, debido a una causa externa que provoca un impacto violento en el cuerpo, resultando en una severa lesión corporal demostrable que requiere hospitalización inmediata para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. El dictamen de lesiones accidentales graves será determinado de común acuerdo entre el médico tratante y el médico de la Compañía, después de revisar las notas de evaluación inicial, y los expedientes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

6.3. AÑO CALENDARIO

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

6.4. AÑO PÓLIZA

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

6.5. ÁREA DE COBERTURA

El área geográfica en la cual el Asegurado tiene derecho a recibir tratamiento.

6.6. ASEGURADO

La persona para quien se ha completado un Formulario Individual de Solicitud/ Inclusión del Asegurado para el Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo y Declaración Salud, para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la Compañía. El término "Asegurado" incluye al Asegurado Titular y a todos los dependientes cubiertos bajo su póliza.

6.7. ASEGURADO TITULAR

El solicitante nombrado en el Formulario Individual de Solicitud/ Inclusión del Asegurado para el Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo y Declaración Salud y la primera persona

identificada en las Condiciones Particulares y en el Certificado Individual de Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos.

6.8. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA PLAN CORPORATIVO

Documento que forma parte de la póliza, que especifica la fecha del inicio de vigencia, el deducible contratado, la suma asegurada, el tipo de plan y otra información de relevancia para el Asegurado Titular, y que además enumera a todos los dependientes cubiertos bajo la póliza.

6.9. COASEGURO O COPAGO

Es el porcentaje o monto especifico de las facturas médicas de ciertas coberturas y/o beneficios que el Asegurado debe pagar en adición al deducible.

6.10. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO

Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo o la maternidad, y cualquier condición relacionada con el nacimiento del recién nacido que no sea causada por factores congénitos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida.

6.11. CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA

Cualquier enfermedad o dolencia o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.

6.12. CONDICIÓN TERMINAL

La enfermedad o dolencia o condición activa, progresiva e irreversible la cual, sin los procedimientos de soporte de vida, causará la muerte del paciente en un futuro cercano, o bien un estado de inconsciencia permanente para el cual es improbable que haya recuperación.

6.13. CONTRATO O PÓLIZA

El documento celebrado entre la Compañía y el contratante, bajo el cual la Compañía se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar a los Asegurados Titulares del grupo por gastos relacionados con los beneficios cubiertos en que incurran. El término del contrato entre la Compañía y el contratante es de un (1) año.

6.14. CONTRATANTE

Compañía, empresa, negocio o persona que firma la Solicitud de Seguro de Salud de Asistencia Médica Plan Corporativo/ Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Local PYME para obtener cobertura para los asegurados bajo el Seguro de Salud de Grupo, y que se obliga al pago de la prima.

6.15. CUIDADO ASISTENCIAL

Ayuda para realizar actividades cotidianas que debe ser proporcionada por un técnico de la salud o asistente de enfermería.

6.16. DEPENDIENTE

Cualquier otra persona diferente del Asegurado Titular nombrada en las Condiciones Particulares y en el Certificado Individual de Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo que haya sido identificada en el Formulario Individual de Solicitud/ Inclusión del Asegurado para el Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo y Declaración Salud y para quien se ha aprobado cobertura bajo la póliza.

6.17. DIAGNÓSTICO

Proceso por medio del cual el médico identifica una condición a través de exámenes (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro examen clínico), la naturaleza y circunstancias de dicha condición, y la decisión alcanzada en base a este proceso.

6.18. DONANTE

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

6.19. EMERGENCIA

Lesión, enfermedad o dolencia que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida del asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

6.20. ENDOSO O ENMIENDA

Documento que forma parte integrante de la póliza que puede ser emitido con posterioridad a la fecha del inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales de la Póliza. Lo estipulado en un endoso o enmienda siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales de la Póliza en todo aquello que se contraponga.

6.21. ENFERMEDAD CATASTRÓFICA

Es aquélla que cumple con las siguientes características:

(a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;

(b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente y

(c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.

6.22. ENFERMEDAD O DOLENCIA

Es la alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

6.23. ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS

Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.

6.24. EPIDEMIA

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

6.25. EXPERIMENTAL

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

6.26. FECHA DE ANIVERSARIO

Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de esta Póliza.

6.27. FECHA DE RENOVACIÓN

El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la Póliza.

6.28. FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

6.29. FECHA EFECTIVA

Fecha en que comienza la cobertura bajo esta Póliza, tal como aparece en el Certificado Individual de Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo.

6.30. GASTOS ELEGIBLES

Se refiere a aquellos gastos incurridos por el Asegurado y que serían cubiertos por la póliza siempre que así lo indique la Tabla de Condiciones Particulares, aun cuando dichos gastos sean aplicados al deducible.

6.31. LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

6.32. LÍMITE MÁXIMO

Se establece en la Tabla de Coberturas de la póliza como la cantidad máxima acumulada por cada año póliza que el Asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura.

6.33. LÍMITE MÁXIMO POR INCAPACIDAD

Es el monto máximo de cobertura al que tiene derecho el Asegurado por cada enfermedad o accidente por cada año póliza

6.34. MATERNIDAD O GESTACIÓN SUBROGADA

Es la práctica por la que una mujer gesta en su cuerpo un bebé previo pacto, compromiso o contrato, que incluye una cláusula de cesión, al término de la gestación, de todos sus derechos sobre el recién nacido.

6.35. MÉDICAMENTE NECESARIO

El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por la Compañía como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una lesión, enfermedad o dolencia y de acuerdo con protocolos nacionales e internacionales establecidos por los organismos competentes.

6.36. PAÍS DE RESIDENCIA

Es el país donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza, o donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigor.

6.37. PERÍODO DE CARENCIA

Período de tiempo que comienza en la fecha del inicio de vigencia durante el cual los beneficios aún no son pagaderos al asegurado.

6.38. PANDEMIA

Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

6.39. PERÍODO DE GRACIA

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

6.40. PRIMA A PRORRATA

Representa todas las cantidades pagadas con respecto al asegurado para el período de cobertura correspondiente, calculadas en proporción al período durante el cual dicho asegurado estuvo inscrito en el grupo.

6.41. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO

Procedimientos y pruebas de laboratorio e imagen médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas.

6.42. RECEPTOR

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

6.43. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

La opinión de un médico distinto del médico tratante.

6.44. TRASPLANTE

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

6.45. TRATAMIENTO

Servicios quirúrgicos o clínicos para tratar una lesión, enfermedad o dolencia con el objeto de que el Asegurado recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previa.

6.46. URGENCIA

Condición médica que se manifiesta por signos o síntomas sin riesgo de vida y que ameritan una evaluación, estabilización o tratamiento médico en una institución de salud dentro de un periodo de tiempo razonable.

6.47. USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE

Es el costo máximo que la Compañía pagará por todos los gastos médicos que se generen por un tratamiento médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualquier otro tipo de gasto cubierto bajo la póliza, el cual será determinado de acuerdo con los tabuladores que la Compañía tiene convenidos con los hospitales y/o proveedores, de acuerdo con el área geográfica y los usos de la plaza donde se realice el tratamiento.

7. VIGENCIA

Sujeto a las Condiciones Generales de esta póliza, la cobertura comienza a la 00:00 horas de la fecha del inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares y termina a las 24:00 horas del día indicado en las Condiciones Particulares como fecha de expiración de vigencia, siempre que el contratante haya pagado la prima o primera fracción de dicha prima.

8. ELEGIBILIDAD

8.1. CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD PARA EL CONTRATANTE

La Compañía puede firmar un Contrato de Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo con compañías legalmente constituidas en la República del Ecuador. Las compañías legalmente constituidas en los Estados Unidos de América y sus territorios no son elegibles.

8.2. CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD PARA EL ASEGURADO

Los asegurados elegibles para cobertura incluyen a empleados del contratante que trabajan para su empleador un mínimo de treinta (30) horas por semana.

El grupo asegurado debe mantener el requisito mínimo de cinco (5) Asegurados Titulares para ser elegible para renovación.

Si el contratante lo autoriza, el Asegurado Titular puede solicitar la inclusión de sus dependientes bajo su póliza, los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o conviviente del Asegurado Titular y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, y menores para quienes el Asegurado Titular ha sido designado tutor legal por una corte de jurisdicción competente, que sean solteros, que hayan sido identificados en el Formulario Individual de Solicitud/ Inclusión del Asegurado para el Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo y Declaración Salud y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza de grupo.

Al ser aprobados por el departamento de evaluación de riesgo, los empleados y dependientes serán incluidos en el grupo:

(i) a partir de la fecha efectiva, si se trata de inscripción inicial,

(ii) en la fecha de renovación, o

(iii) durante el transcurso de la póliza, una vez se haya recibido el Formulario Individual de Solicitud/ Inclusión del Asegurado para el Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo y Declaración Salud si se trata de una adición posterior.

El contratante se compromete a inscribir a todos los Asegurados Titulares elegibles a partir de la fecha en que sean elegibles. El no cumplir con este requisito puede ser causa para la

terminación del contrato. La Compañía puede anular, a su discreción, la cobertura de un Asegurado Titular y sus dependientes si considera o sospecha que el Asegurado Titular o sus dependientes han engañado o tratado de engañar a la Compañía. La Compañía puede cancelar la cobertura de un asegurado si en cualquier momento se vuelve ilegal proporcionar cobertura a dicho asegurado.

8.3. DERECHO DE NO EMITIR UNA PÓLIZA

La Compañía se reserva el derecho de no emitir una póliza si las obligaciones de la Compañía y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes aplicables vigentes, o si emitir dicha póliza infringe de cualquier manera las leyes aplicables vigentes a la Compañía o a cualquiera de las entidades relacionadas a la Compañía.

9. EDAD DEL ASEGURADO

Edad mínima de dieciocho (18) años, excepto para dependientes elegibles. No hay edad máxima de suscripción o de renovación para Asegurados ya cubiertos bajo la Póliza.

La cobertura de esta póliza está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Titular hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como dependientes según sea el caso concreto.

Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, deja de ser estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, o se muda a otro país de residencia, o si el (la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el Asegurado Titular por razón de divorcio o anulación de matrimonio, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha del siguiente aniversario o renovación de la póliza, la que ocurra primero.

10. SUMA ASEGURADA

Monto en dólares americanos asignada por asegurado y por año póliza, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la póliza, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el Asegurado en la vigencia en curso, tanto en el territorio de Ecuador como en el extranjero, por accidentes, enfermedades o dolencias cubiertos bajo la póliza, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Condiciones Particulares de la póliza.

11. DEDUCIBLE

Se entiende por deducible la cantidad de gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado Titular cada año póliza antes de que los beneficios de la póliza sean reembolsados. Se aplicará de acuerdo con lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

Si la familia del asegurado está cubierta bajo la póliza, los deducibles se aplican separadamente a cada asegurado.

Aun cuando la cantidad de la reclamación sea menor que el deducible, el Asegurado deberá enviar a la Compañía lo establecido en el numeral 20 “Documentos necesarios para la reclamación de un siniestro” si desea que esa cantidad sea tomada en cuenta al calcular el deducible anual correspondiente.

12. DECLARACIÓN FALSA O RETICENCIA

El contratante y el Asegurado Titular tienen la obligación de declarar objetivamente la información requerida por la Aseguradora en su cuestionario. Toda declaración falsa, inexacta u omisión de información con reticencia requerida por la Aseguradora, y que hubieren podido influenciar en el consentimiento de esta última en suscribir el Contrato de Seguros, o que habiéndose conocido por parte de la Aseguradora hubiera suscrito dicho contrato, pero con estipulaciones más gravosas, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato mediante reclamo administrativo.

Esto aplicará cuando la falsedad, inexactitudes o circunstancias no señadas, pueda influenciar la decisión de la Compañía al decidir:

(a) Si un asegurado puede agregarse a la póliza como dependiente.
(b) La cantidad de la prima que el Asegurado Titular debe pagar.
(c) Si la Compañía debe pagar cualquier reclamación.

13. REQUERIMIENTOS DE ASEGURABILIDAD

Previo a la emisión de la póliza, la Compañía presentará la cotización del plan de salud personalizado la cual se basará en la información de censo que el Contratante proporcione a la Compañía, el historial de reclamaciones, y los beneficios solicitados.

Para continuar con la emisión de la póliza, el Contratante y el Asegurado Titular deberán llenar según aplique, una Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo/ Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Local PYME y el Formulario Individual de Solicitud/Inclusión del Asegurado para el Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo y Declaración de Salud de todos los asegurados cuando corresponda, dichos documentos los pueden descargar fácilmente desde la página web www.bupasalud.com.ec; o puede comunicarse con la Compañía, para el envío de este documento por correo electrónico. Cuando el Asegurado Titular presente su Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo/ Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Local PYME, deberá proporcionar información y documentación respecto al estado de salud, la cual será revisada por el equipo médico de la Compañía.

14. PAGO DE LA PRIMA

El Contratante es responsable por el pago a tiempo de la prima correspondiente a la póliza de Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo según el contrato entre la Compañía y el contratante. La Compañía emitirá las facturas de acuerdo con la modalidad de pago acordada con el Contratante.

La Compañía podrá emitir facturas o devolución de prima para reflejar inscripciones, cancelaciones y variaciones en la cobertura que sean solicitados por el Contratante.

Cuando un Asegurado Titular se une al grupo después del inicio del período de cobertura, la Compañía calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona.

Cuando un Asegurado Titular o un dependiente salen del grupo después del inicio del período de cobertura, la Compañía calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona y devolverá la cantidad en exceso que ya haya sido pagada a la Compañía por el Contratante con respecto al Asegurado Titular o dependiente.

15. CONDICIONES DE RENOVACIÓN

La Compañía enviará al contratante una notificación con no menos de treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la póliza a renovar, y la razón de dichos cambios. Si el contratante decide no renovar el contrato, deberá contactar a la Compañía durante los treinta (30) días siguientes a la fecha de inicio de la renovación del contrato.

En caso de que el Asegurado Titular cambie de residencia u ocupación, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de la Compañía.

La Compañía se reserva el derecho de no renovar el contrato o la cobertura de cualquier Asegurado Titular si se descubre que las declaraciones en el Formulario Individual de Solicitud/ Inclusión del Asegurado para el Seguro de Asistencia Médica Plan Corporativo y Declaración Salud son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude.

15.1. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DE RIESGO

En caso de renovación no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que aparecen en los Certificados de Cobertura, a menos que existan pruebas suficientes de que el riesgo ha sido agravado y estas circunstancias no hayan sido aceptadas expresamente por la Compañía durante el transcurso del contrato. Sin embargo, si el contratante decide cambiar de plan de seguro, la compañía se reserva el derecho de agregar restricciones o exclusiones personales.

16. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de existencia de otros seguros que proporcionen las coberturas y/o beneficios cubiertos por esta Póliza, el Asegurado tendrá libre elección de hacer uso de cualquiera de ellos, según le convenga y la diferencia al otro seguro, de manera que el total pagadero no sobrepase el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos; en ningún caso las coberturas y/o beneficios de esta Póliza podrán duplicarse, acumularse, excederse del máximo estipulado en las Condiciones Particulares y en la Tabla de Coberturas de esta póliza. El incumplimiento de esta condición priva al Asegurado de todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

Fuera del Ecuador, la Compañía funcionará como la compañía principal, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra compañía.

17. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO

Durante la vigencia del presente contrato, el Contratante podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, mediante notificación escrita a la Compañía con al menos 30 días de anticipación a la fecha de la terminación. La Compañía tendrá derecho al cobro de las primas efectivamente devengadas durante la vigencia del Contrato, así como también tendrá derecho al cobro de todos los gastos relacionados con la expedición de dicho Contrato.

En caso de que el Contratante estuviere en mora por más de noventa (90) días, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago, se le notificará la terminación automática del contrato, especificando claramente el motivo y fecha de la terminación, por cualquiera de los medios reconocidos por nuestra legislación.

El dolo o mala fe del Contratante y Asegurado Titular en la declaración sobre el estado del riesgo, es causal para que la Compañía pueda dar por terminado unilateralmente el contrato, para lo cual, iniciará un reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a fin de dar por terminado el contrato.

En caso de que esta Póliza sea terminada por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación, y la Compañía sólo será responsable por tratamientos cubiertos bajo los términos de la Póliza que se hayan llevado a cabo antes de la fecha efectiva de terminación de la misma. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser necesario.

18. PROCESO DE RECLAMO PARA COBERTURA

Para las coberturas y/o beneficios que en estas Condiciones Generales y/o en la Tabla de Coberturas se indique que requieren pre-aprobación, el Asegurado deberá dar aviso a la Compañía por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico o tratamiento, este mismo procedimiento deberá observarse para cualquier procedimiento médico que implique hospitalización, cirugía o sedación, observando lo indicado en la sección de PRE-APROBACIONES.

Para otros procedimientos médicos que no se haya especificado que requieren pre-aprobación, o en los que no se requiera hospitalización, cirugía o sedación, y en los que el cliente realizará directamente el pago al proveedor, el Asegurado tendrá un plazo de noventa (90) días calendario siguientes a la fecha de tratamiento o servicio para presentar a la Compañía la documentación respectiva y solicitar el reembolso de los gastos pagados, observando lo indicado en el numeral 20 "Documentos necesario para la reclamación de un siniestro".

En caso de accidente, es obligación del asegurado notificar a la Compañía en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite puede generar la negación del reclamo o la aplicación de los costos que hubiera tenido la Compañía en caso de haberse notificado el accidente a tiempo.

PRE-APROBACIONES

El Asegurado deberá obtener pre-aprobación para cualquier cobertura y/o beneficio amparado bajo esta póliza cuando así se indique en estas Condiciones Generales y/o en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

El Asegurado deberá obtener una pre-aprobación subsecuente si los servicios para la cobertura y/o el beneficio amparado no se reciben dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de la pre-aprobación original.

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

SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA

Si un médico cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado debe notificar a la Compañía o al Contratante de reclamos que esta haya designado, por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la Compañía considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y convenido por ella. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por la Compañía. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Compañía también cubrirá el

costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el Asegurado y la Compañía. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirma la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

En caso de no presentar una segunda opinión quirúrgica en caso de que la Compañía lo requiera, el Asegurado será responsable por el treinta por ciento (30%) de coaseguro adicional para los gastos quirúrgicos y hospitalarios relacionados a ese diagnóstico y sus complicaciones.

Si el Asegurado no se comunica con la Aseguradora como se establece en este numeral, se aplicará un coaseguro adicional del treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con la reclamación, además del deducible y el coaseguro contratado, si corresponden.

19. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

19.1. DOCUMENTACIÓN PARA REEMBOLSO

El Asegurado deberá presentar todas las autorizaciones y documentación requeridos para que la Compañía obtenga la información necesaria para procesar su solicitud de reembolso, tal como se indica en el numeral 20.

19.2. DEBIDA COLABORACIÓN

El Asegurado deberá proporcionar a la Compañía cualquier ayuda necesaria para que la Compañía pueda gestionar dicha reclamación.

20. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE UN SINIESTRO

El Contratante o Asegurado deberá presentar a la Compañía a través de su portal, los siguientes documentos dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio:

(a) Facturas originales.

(b) Receta médica, firmado y sellado por el médico tratante.

(c) Pedido de exámenes, firmado y sellado por el médico tratante.

(d) Resultados de exámenes, firmado y sellado por el médico tratante.

(e) Historia clínica completa, firmado y sellado por el médico tratante.

(f) Informes médicos, firmado y sellado por el médico tratante.

(g) Certificado médico con inicio de síntomas de patología, evolución de la enfermedad, tratamientos recibidos, firmado y sellado por el médico tratante.

(h) Facturas internacionales, en caso de aplicar.

(i) Comprobantes de pago.

(j) Pedido de procedimiento firmado y sellado por el médico tratante.

(k) Presupuesto de honorarios médicos, firmado y sellado por el médico tratante.

(l) Para cuidado en el hogar, certificado médico indicando propósito del cuidado, detalle de actividades que realizara el personal, duración del cuidado, tiempo requerido, firmado y sellado por el médico tratante.

(m) Para terapias de rehabilitación, plan de tratamiento certificado indicando propósito de las terapias o rehabilitación, objetivos a alcanzarse, período de tiempo necesario, tipo de terapias, tiempo de cada terapia, firmado y sellado por el médico tratante.

Se entenderá presentado un reclamo, únicamente cuando el Asegurado haya entregado toda la información completa.

Bupa tendrá un plazo de 5 días para verificar que la información y documentación entregada se encuentre completa. En caso de no estar completa, se podrá devolver total o parcialmente el reclamo, y el Asegurado tendrá hasta 45 días para el reingreso del reclamo.

21. PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

(a) La mala fe del Asegurado en la reclamación de siniestro o el incumplimiento de las obligaciones que le correspondería en caso de mismo.

(b) Si el seguro hubiere sido contratado con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, tomando como base la fecha de emisión de esta Póliza.

(c) Si el Asegurado no hubiese dado aviso del siniestro y presentado la documentación en los plazos previsto en el numeral 18 "Proceso de Reclamo para Cobertura"

22. INDEMNIZACIÓN

Una vez recibido el reclamo, la Compañía aceptará o negará el reclamo, motivando su decisión, en el plazo de treinta (30) días, contados a partir de la presentación de la formalización de la solicitud de pago del siniestro. Se entenderá presentado el reclamo cuando haya sido presentada toda la documentación detallada en numeral 20 "Documentos necesarios para la Reclamación de un Siniestro" de esta póliza para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida. La Compañía procederá al pago dentro del plazo de los diez (10) días posteriores a la aceptación, en dólares americanos o en la moneda oficial del Ecuador.

Expresamente el Asegurado Titular y sus dependientes renuncian al secreto de sus expedientes médicos, los cuales podrán ser exigidos y conocidos por la Compañía tanto a ellos como a los médicos y centros tratantes.

Durante el proceso de un reclamo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar exámenes de cualquier Asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base del reclamo, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de la Compañía.

La Compañía pagará las reclamaciones de servicios en dólares americanos o en la moneda oficial del Ecuador. Cuando la Compañía convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el que corresponde a la fecha de servicio.

23. PAGO DE RECLAMOS

La Compañía tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Compañía reembolsará al Asegurado Titular la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Compañía y/o la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular.

Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado. En caso de que el Asegurado Titular fallezca, la Compañía pagará cualquier beneficio pendiente de pago al Beneficiario del Seguro, que haya sido designado en la Solicitud de Asistencia Médica Plan Corporativo/ Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Local PYME de la póliza correspondiente. De no haberse declarado un Beneficiario del Seguro, se deberá efectuar la devolución a favor de los herederos legales del Asegurado Titular. En cualquier caso, la Compañía deberá recibir la información necesaria para determinar la compensación antes de: (1) Aprobar un pago directo al proveedor, o (2) Reembolsar al Asegurado Titular.

La Compañía solamente procesará los pagos de reclamos, a través de transferencia electrónica a la cuenta bancaria a nombre del Asegurado Titular.

24. ARBITRAJE

En caso de que surja alguna controversia relacionada con este Contrato, las partes harán sus mejores esfuerzos para alcanzar un acuerdo directo entre ambos. Para lo cual, la parte que se considere afectada planteará queja por escrito a la otra, en la que exprese su posición, dentro del término de siete días, contado a partir de la negativa a cubrir el financiamiento de las prestaciones sanitarias o del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del Contratante. Si dentro del término de ocho días, posteriores a la presentación de la queja, no se llegare a una solución amistosa, la parte que se creyere perjudicada quedará en libertad de plantear el reclamo administrativo correspondiente, en los términos previstos en esta Ley.

El procedimiento anterior no excluye el derecho de cualquier de las partes de plantear de modo directo las acciones administrativas, judiciales o arbitrales a que hubiere lugar, conforme lo dispuesto en el apartado 24 de este condicionado general.

24.1. RECLAMO ADMINISTRATIVO

En caso de que la Compañía haya negado un reclamo conforme los términos señalados en el numeral 22 de este Condicionado General, y si el asegurado no se allanara a las objeciones, podrá presentar un reclamo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Este reclamo administrativo se someterá a lo previsto en la Ley General de Seguros, contenida en el libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero.

24.2. MEDIACIÓN

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

25. SUBROGACIÓN

Cuando un tercero sea responsable por cualquier herida, enfermedad, condición o evento relacionado con los beneficios cubiertos de un Asegurado, lo que deberá ser probado ante autoridad competente, la Compañía podrá ejercer sus derechos para gestionar una reclamación en nombre del Asegurado antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la póliza.

El Contratante deberá proporcionar a la Compañía cualquier ayuda necesaria para que la Compañía pueda gestionar dicha reclamación, y se compromete a no tomar ninguna acción, aceptar ningún acuerdo extrajudicial o hacer cualquier otra cosa que pueda afectar negativamente los derechos de la Compañía para gestionar una reclamación en nombre del Asegurado.

26. NOTIFICACIONES

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

27. JURISDICCIÓN Y DOMICILIO

Cualquier litigio que se suscitare entre las partes con motivo del presente contrato, quedan sometidos a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deberán ser deducidas en el domicilio de ésta; las acciones contra el Contratante, en el domicilio del demandado.

28. PRESCRIPCIÓN

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

29. REHABILITACIÓN

Para que opere el restablecimiento de vigencia de la póliza, el Contratante y la Compañía deberán acordar expresamente dicho restablecimiento, en los términos que constan en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso de duda, por la omisión, interpretación, descripción y aplicación de las condiciones detalladas en el presente contrato, prevalecerán sobre estas, las indicadas y dispuestas por las leyes y regulaciones y en el sentido más favorable para el Asegurado.

Lugar y Fecha	Lugar y Fecha
Bupa Ecuador S.A. Firma Autorizada	Contratante Firma

El contratante 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 al presente Condicionado General el registro No 58187, con oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2024-00102177-O de 30 de agosto de 2024.

Prestaciones de Prevención Primaria Incluidas en Tarifa Cero

Las prestaciones que se cubrirán con tarifa cero se realizarán según ciclo de vida y de acuerdo a los servicios y prestaciones establecidos. Para los planes con cobertura para patologías particulares, las atenciones con tarifa cero estarán en concordancia con la cobertura ofertada en dicho plan.

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA
Recién nacido (0 A 28 días)	Atención al recién nacido	Consulta médica pediátrica para control del niño sano (no incluye exámenes complementarios o interconsultas a otros especialistas), con evaluación de desarrollo físico (valoración nutricional) y evaluación clínica del desarrollo neuromuscular y psicomotriz según edad; detección clínica de riesgos visuales, auditivos y neuro-sensoriales.	1 consulta e información
	Asesoría para cuidado del recién nacido (en Consulta)	Información en la consulta médica pediátrica sobre: cuidado básico al neonato, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes; cuidados generales; estimulación; prevención y que tratamiento inicial se debe dar a las enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N.; información para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación completa, y sobre cómo realizar estimulación psicomotriz; información sobre la suplementación de micronutrientes.	
	Atención de laboratorio En el recién nacido (previo al alta o hasta los 8 días de nacido)	Determinación al nacimiento de grupo y factor sanguíneo; información sobre la realización del tamizaje metabólico, tamizaje auditivo y sensorial.	
Niño de 1 Mes a 12 Meses	Atención al infante	Consulta para control de niño sano que incluye: evaluación del bienestar del lactante; estado nutricional, evaluación clínica de riesgo visual, auditivo y displasia de cadera; detección de posible maltrato; evaluación clínica de desarrollo psicomotor, detección clínica de anomalías congénitas o problemas adquiridos; evaluación clínica de la dentición y prevención de caries dentales; detección clínica de desnutrición. (No incluye exámenes complementarios, ni interconsultas a otros especialistas).	6 consultas en el primer año de vida, en cada consulta se debe dar información y asesoría.
	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).	
	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.	

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA
Niño/as de 1 a 5 Años	Atención al niño de 1 a 5 años (ambulatorio)	Consulta para control de niño sano, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz; riesgos acordes a la edad; detección de deficiencias y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de patologías infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición.	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
	Asesoría: información, educación y Comunicación (en consulta)	Asesoría en cada consulta 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.	
	Información sobre Crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información en cada consulta para control de niño sano que incluya: indicaciones de suplementación de micronutrientes; recomendación de desparasitación 1 vez al año; evaluación clínica para valoración de agudeza visual y valoración auditiva; Salud oral y prevención de la caries; Recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis. (no incluye exámenes de gabinete).	
Niño/as de 5 a 10 Años	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 infectocontagiosas y endémicas; detección clínica de desnutrición.	1 consulta médica por año; durante cada consulta se debe otorgar asesoría e información)
	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.	
	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información en consulta para evaluación del bienestar del de niño, sobre recomendación de desparasitación 1 vez al año; detección clínica precoz de problemas en las habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales, prevención de maltrato físico, psicológico, sexual; pertinencia de la valoración de agudeza y/o ceguera visual y valoración auditiva; importancia de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis; asesoría sobre suplemento de micronutrientes.	

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA
Adolescentes **11 a 19 años**	Atención al adolescente de 10 a 19 Años	Consulta para evaluación clínica del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad. / peso, talla, IMC, TA; detección clínica temprana de embarazo, infecciones de transmisión sexual y trastornos alimenticios, enfermedades infectocontagiosas. / evaluación de hábitos no saludables, deficiencias y/o discapacidades; (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otra especialidad).	1 vez al año, durante la Consulta se de otorgar información y asesoría
	Asesoría: Información, Educación y comunicación (en consulta)	Información para prevención de trastornos de la alimentación; detección de maltrato y o violencia; detección de uso de substancias 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.	
	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Asesoría en consulta para evaluación de bienestar, desarrollo y estado de salud, sobre: salud sexual y reproductiva; métodos anticonceptivos; promover la autoconfianza de los adolescentes, fortalecer el vínculo afectivo con la familia, entregar información y educación sobre hábitos saludables, higiene, salud oral; variaciones normales en el desarrollo del/la adolescente. Asesoría sobre inicio de vida sexual y derechos del adolescente, acoso sexual, acoso escolar (bullying).	
Embarazo solo planes que cuenten con esta cobertura	Control prenatal en embarazo sin riesgo	Control prenatal de 4 a 6 visitas, incluye: · Consulta gineco-obstétrica. · Valoración e interpretación del estado nutricional – ganancia peso materno. · Clasificación de riesgo obstétrico. · Evaluación de bienestar fetal.	6 controles y al menos un control antes de las 20 semanas
	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.	
	Atención odontológica preventiva en el embarazo	Consulta por odontología para control de salud oral en la mujer embarazada, que incluya evaluación clínica, consejería, higiene y profilaxis.	2 veces durante la gestación
	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
	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

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA
Mujeres en edad fértil – mef	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 información y asesoría
	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.	
Adulto joven de 20-49 Años	Consulta médica general preventiva	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual, detección del consumo de sustancias adictivas (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)
	Asesoría: Información, educación y comunicación (en consulta)	Información y consejería sobre enfermedades de transmisión sexual; asesoría para planificación familiar; consejería sobre salud oral; asesoría sobre tamizaje de enfermedades crónica e información sobre la valoración auditiva y visual.	
Adulto/a de 50 a 64 Años	Consulta médica general preventiva	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual.	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)
		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).	
	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.	
Adulto mayor de 65 años	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.	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)
		Detección de factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, valoración de dependencia funcional, valoración de salud oral, detección de riesgo nutricional, de patologías infectocontagiosas, violencia, maltrato; detección del riesgo de enfermedades de transmisión sexual; detección del riesgo de pérdida auditiva y visual.	
	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.	

Código de Aprobación ACESS No: 012-SC-002

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros

Quito, Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 3, Tel +(593) 02 401-8945