



BUPA ESSENTIAL

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

BUPA ESSENTIAL / PLAN INDIVIDUAL / MODALIDAD MIXTA

1. ANTECEDENTES

Esta póliza es un contrato de seguro entre el Asegurado Titular y la Compañía con validez por cada año póliza. 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
- Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual
- 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 “Asegurado Titular” se refiere al asegurado principal nombrado en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual. La Compañía se compromete a cubrir al Asegurado Titular las coberturas y/o beneficios estipulados en esta póliza y sujeto a los términos y condiciones de la misma.

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

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 del plan correspondiente.

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

2.2.1 **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Los servicios ambulatorios incluyen todos los tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Estos pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas. Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario. Los servicios ambulatorios 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 y están sujetos al coaseguro y deducible correspondiente.

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. Dichos cuidados se cubrirán como se especifica en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente siempre y cuando sean pre-aprobados por la Compañía.

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.

2.3 ATENCION 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:
- 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.
 - Todo transporte por ambulancia aérea debe ser pre-aprobado por la Compañía y coordinado entre la Compañía, el Asegurado y/o proveedor médico.
 - La cantidad máxima pagadera por este beneficio es la especificada en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, por año póliza.
 - 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 HOSPITALIZACION

- 2.4.1 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.
- 2.4.2 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. Los gastos de alimentación se cubrirán únicamente cuando la atención sea recibida en cualquier hospital de la red pública del Ecuador.
- 2.4.3. ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL: No hay límite de días para la estadía en un hospital por una enfermedad o lesión específica, o por cualquier tratamiento relacionado a dicha enfermedad o lesión.
- 2.4.4 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.
- 2.4.5 HONORARIOS DE CIRUJANO: Los honorarios del cirujano principal deben ser pre-aprobados por la Compañía, y están cubiertos como se especifica en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente con respecto al menor de:
- Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento realizado, o
 - La tarifa aprobada por el cirujano para el procedimiento quirúrgico correspondiente, o
 - Tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado,
 - En caso de requerir un segundo cirujano siempre y cuando sea médicamente necesario se cubrirá el cincuenta por ciento (50%) de los honorarios del cirujano principal.
 - Si al realizar el procedimiento quirúrgico se determina que es necesario otro procedimiento, y que debe llevarse a cabo en el mismo campo quirúrgico u orificio natural, la tarifa completa del procedimiento principal se pagará tal como se describe arriba, y el segundo procedimiento se cubrirá en un cincuenta por ciento (50%).
- 2.4.6 HONORARIOS DEL ANESTESISTA: Los honorarios de anestésista son los cargos de un anestésista por la administración de anestesia durante la realización de un procedimiento quirúrgico o por

servicios médicamente necesarios para controlar el dolor. Los honorarios del anestésista deben ser pre-aprobados por la Compañía, y están cubiertos como se especifica en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente con respecto al menor de:

- (a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables por servicios de anestésista, o
- (b) Tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado, o
- (c) Cobertura del treinta y cinco por ciento (35%) de los honorarios del cirujano principal.

2.4.7 HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE: Los honorarios del médico/cirujano asistente son los cargos del médico o cirujano que ayuda al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico. Están cubiertos solamente cuando el médico/cirujano asistente es médicamente necesario para determinada operación, y pre-aprobado por la Compañía. Los honorarios del médico/cirujano asistente están limitados al treinta por ciento (30%) de los honorarios del cirujano principal.

2.4.8 PRÓTESIS E IMPLANTES DURANTE UNA CIRUGÍA: Estos elementos artificiales de uso quirúrgico serán cubiertos siempre que su uso sea plenamente justificado por una necesidad médica para que el Asegurado restablezca su condición de salud.

2.4.9 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.

2.4.10 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 del plan correspondiente.

2.4.11 MEDICAMENTOS POR RECETA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: Los medicamentos por receta prescritos durante una hospitalización cubierta están cubiertos como se especifica en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

2.5 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 internacionales de Bupa, serán cubiertos y pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

2.6 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.

2.7 CUIDADO DE MATERNIDAD

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

- (a) La cobertura máxima es la establecido en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente por cada embarazo, sin deducible, para la respectiva Asegurada.
- (b) Los tratamientos pre- y post-natal, parto normal, y parto por cesárea están incluidos dentro de la cobertura máxima por embarazo estipulada en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.
- (c) Esta cobertura aplica para embarazos cubiertos. Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha de inicio del embarazo es por lo menos sesenta (60) días después de la fecha efectiva de cobertura para la respectiva Asegurada.
- (d) Además de lo anterior, las siguientes condiciones relacionadas con el embarazo, la maternidad y el parto aplican a los hijos e hijas dependientes y sus hijos: En la fecha de aniversario después de que el hijo o hija dependiente cumpla los dieciocho (18) años de edad, él o ella deberá obtener cobertura para sí mismo(a) y su hijo(a) bajo su propia póliza individual si desea mantener la cobertura para su hijo(a). Él o ella deberá presentar una notificación por escrito, la cual será aprobada sin evaluación de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o menor, con un deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la Póliza anterior.
- (e) Para ser elegible para recibir cobertura por embarazo, maternidad y parto, la hija dependiente asegurada de dieciocho (18) años o más deberá presentar notificación del embarazo por escrito. Dicha notificación deberá ser recibida antes de la fecha del parto, y será aprobada sin evaluación

de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o mayor, con un deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la Póliza anterior. Si no hay interrupción en la cobertura, el período de carencia de sesenta (60) días para la Póliza de la hija será reducido por el tiempo que ella haya estado cubierta bajo la Póliza de sus padres.

- (f) La cobertura para complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto está incluida como se especifica en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente y en la cobertura 2.7.2.
- (g) Si el embarazo se produjere dentro del período de carencia, se otorgará la cobertura especificada bajo tarifa cero y de acuerdo con los términos y condiciones allí definidos.

2.7.1 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO: Según el plan contratado, contará con esta cobertura cuando se especifique en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente:

- (a) Si nace de un embarazo cubierto:
 - i. Cobertura provisional: El recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta el máximo establecido en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, sin deducible.
 - ii Cobertura permanente: Para que un hijo nacido de un embarazo cubierto goce de cobertura permanente bajo esta Póliza, deberá presentarse a la Compañía, dentro de los noventa (90) días después del parto, una notificación de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, y la fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será entonces efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta el límite máximo de esta Póliza. El pago de la prima por la adición del recién nacido deberá efectuarse al momento de la notificación del nacimiento. Si la notificación no es recibida durante los noventa (90) días después del parto, se requerirá una Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por la Compañía; realizada la evaluación de riesgo, de ser el caso, las condiciones preexistentes declaradas en el formulario serán cubiertas bajo la suma asegurada de condiciones preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las condiciones particulares de la Póliza. La cobertura del recién nacido por complicaciones del nacimiento está limitada a la cobertura máxima descrita en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.
- (b) Si nace de un embarazo NO cubierto, no gozará de la cobertura provisional. Para agregar al recién nacido a esta Póliza, deberá presentarse una solicitud de seguro, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la Compañía, y al pago de la prima correspondiente; realizada la evaluación de riesgo, de ser el caso, las condiciones preexistentes declaradas en el formulario serán cubiertas bajo la suma asegurada de condiciones preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las condiciones particulares de la Póliza. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.
- (c) Inclusión intrauterina (aplica solo para planes con cobertura de maternidad): Si el embarazo se produjera durante el período de carencia, se podrá realizar la inclusión intrauterina del no nato. Esta inclusión podrá realizarse únicamente a partir de la semana veinte (20) hasta la semana treinta y dos (32) de embarazo, con el pago de la prima correspondiente. La cobertura para la inclusión intrauterina del dependiente estará limitada a la red de proveedores definida por la Compañía y estará disponible en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec. Para que el dependiente tenga cobertura para cualquier tratamiento necesario al nacer, el parto deberá ocurrir dentro de dicha red de proveedores. Una vez que se haya producido el parto, el(la) Asegurado(a) Principal, deberá enviar a la Compañía el Certificado de Nacido Vivo en un plazo no mayor a 60 días, y además podrá optar a incluir al recién nacido dentro de su plan sin restricción de red de proveedores llenando la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo; realizada la evaluación de riesgo, de ser el caso, las condiciones preexistentes declaradas en el formulario serán cubiertas bajo la suma asegurada de condiciones preexistentes y de acuerdo a lo indicado en las condiciones particulares de la Póliza. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

2.7.2 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: Las complicaciones del embarazo, la maternidad y/o del recién nacido durante el parto, tales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto estarán cubiertas como sigue:

- (a) La cobertura bajo esta Póliza está indicada en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, sin deducible.

- (b) Esta cobertura solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones bajo las provisiones de “cuidado de maternidad” y “cobertura del recién nacido” de esta Póliza.
- (c) Esta cobertura no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta Póliza, 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.
- (d) Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios están cubiertos bajo el total máximo de esta cobertura.
- (e) Para propósitos de esta Póliza, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, maternidad y parto.
- (f) Las complicaciones causadas por una condición cubierta que ha sido diagnosticada antes del embarazo, y/o cualquiera de sus consecuencias, serán cubiertas de acuerdo con los límites de esta Póliza.
- (g) Las condiciones relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias serán cubiertas bajo la cobertura de Condiciones Congénitas y/o Hereditarias de esta Póliza.

2.8 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS

Se entiende por condiciones o enfermedades congénitas y hereditarias, cualquier condición o enfermedad existente antes del nacimiento, independientemente de la causa, y de si se manifestó o fue diagnosticada al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después. La cobertura para condiciones congénitas y/o hereditarias bajo esta Póliza es como sigue:

- (a) La cobertura máxima para condiciones que se manifiesten antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad es la cantidad específica indicada en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente para estos casos, el mismo que será por Asegurado y de por vida, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de Bupa, después de satisfacer el deducible correspondiente.
- (b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el Asegurado a los dieciocho (18) años de edad o después, será igual al límite máximo de esta Póliza, después de satisfacer el deducible correspondiente.
- (c) 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.
- (d) Si el recién nacido es producto de una maternidad cubierta, la cobertura será de acuerdo a las condiciones y al monto asegurado indicado en este beneficio.
- (e) En caso de tratarse de una condición preexistente declarada, la condición congénita o hereditaria estará cubierta bajo la suma asegurada para condiciones preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las condiciones particulares de la Póliza.

2.9 CONDICIONES PREEXISTENTES

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. Se proporciona cobertura para todas las condiciones preexistentes que el asegurado haya declarado en su Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual, por Asegurado, de acuerdo con las siguientes condiciones:

- (a) Estarán cubiertas inmediatamente de acuerdo con la Tabla de Coberturas del plan correspondiente cuando el asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha del inicio de vigencia, a menos que sean limitadas a la menor cobertura estipulada en la Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten cobertura de Asistencia Médica, indicado en el inciso (c).
- (b) Estarán cubiertas de acuerdo con la Tabla de Coberturas del plan correspondiente después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses de la fecha del inicio de vigencia, cuando el asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha del inicio de vigencia, a menos que sean limitadas a la menor cobertura estipulada en la Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten cobertura de Asistencia Médica. (c).
- (c) Cobertura de ley para condiciones preexistentes: Las preexistencias especificadas en las Condiciones Particulares estarán cubiertas después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses contados

a partir del día en que esta Póliza entra en vigor o, para los nuevos Asegurados, a partir de la fecha en que hayan sido añadidos a esta Póliza, hasta un monto de veinte (20) salarios básicos unificados, por año póliza. En caso de no haber especificado ninguna preexistencia en las Condiciones Particulares de la Póliza, las preexistencias declaradas serán cubiertas conforme los literales a y b de este numeral, con las carencias respectivas aplicables.

- (d) Las preexistencias no declaradas al momento de llenar la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de dar por terminado el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del Asegurado Principal de conformidad con el Código de Comercio, y siempre que la Autoridad Competente declare previamente la existencia de una preexistencia no declarada.
- (e) La Compañía negará la cobertura en casos de preexistencias no declaradas al tiempo de la contratación, 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.

2.10 ENFERMEDADES CRÓNICAS, CATASTRÓFICAS, DEGENERATIVAS Y RARAS

Estarán cubiertas, cuando sean consideradas como sobrevivientes, 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.

2.11 TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER

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

2.12 TRASPLANTE

La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejido humano, que se realice fuera del Ecuador se ofrece únicamente dentro de la red de proveedores internacionales de Bupa; en Ecuador no aplica red de proveedores ya que es de libre elección. Fuera del Ecuador, no se proporcionará cobertura fuera de la red de proveedores internacionales de Bupa. La cantidad máxima pagadera por esta cobertura es la especificada en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, por Asegurado, por diagnóstico, de por vida, después de satisfacer el deducible.

Este beneficio se encuentra sujeto a pre-aprobación de la Compañía, enviando con setenta y dos (72) horas de anticipación los documentos que sean aplicables conforme a lo establecido en el numeral 20 "Documentos necesario para la reclamación de un siniestro", En caso de no haberse pre-aprobado, se aplicará un coaseguro adicional del treinta por ciento (30%).

Esta cobertura incluye:

- (a) Cuidado antes del trasplante, el cual incluye todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación, preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de trasplante.
- (b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- (c) Los costos de la recolección, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta el máximo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente por diagnóstico, el cual está incluido como parte de la cobertura máxima para el trasplante. Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales están incluidos en este beneficio, extracción del órgano y sus complicaciones.
- (d) El cuidado post-operatorio.
- (e) Cualquier medicamento o medida terapéutica utilizada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado
- (f) Cualquier cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería.
- (g) Cualquier complicación del donante.

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, necesarios para atender al donante y al receptor.

2.13 COBERTURA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

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.

- Las condiciones preexistentes, incluyendo las enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras que sobrevengan como consecuencia de la discapacidad, serán cubiertas con un monto de cobertura mínima de veinte (20) salarios básicos unificados por año. Esta cobertura surtirá efecto transcurrido un período de carencia estipulado en la Ley Orgánica de Discapacidades, contados desde la fecha de emisión de la póliza de seguro. Este límite no aplicará en caso de discapacidad superviniente.
- Las condiciones preexistentes relacionadas con la discapacidad serán cubiertas aun cuando la persona cambie de programa de salud o plan de medicina prepagada o aseguradora o empresa de medicina prepagada.
- La cobertura de cualquier condición médica y/o condición preexistente que no sea consecuencia de la discapacidad no estará sujeta a lo dispuesto en esta cláusula sino a las condiciones generales de la póliza.
- Las pólizas suscritas con personas con discapacidad tendrán una duración de al menos tres (3) años. En el caso de cancelación anticipada no motivada por parte del asegurado, el asegurado o afiliado perderá el derecho a la continuidad de cobertura prevista en la Ley Orgánica de Discapacidades.

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.

2.14 FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

Se cubrirán por un período máximo como se especifica en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente siempre y cuando sean pre-aprobadas por la Compañía, las terapias: física, respiratoria, cardíaca y de lenguaje. Para obtener la aprobación es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento, enviando con setenta y dos (72) horas de anticipación los documentos que sean aplicables conforme a lo establecido en el numeral 20 "Documentos necesario para la reclamación de un siniestro".

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

2.15 SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO

Se cubrirán todos los servicios, pruebas de laboratorio e imagen médicamente necesarios y usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas.

2.16 MEDICAMENTOS POR RECETA

Los medicamentos por receta que hayan sido prescritos para un tratamiento ambulatorio están cubiertos como se especifica en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado. 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.

2.17 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.

2.18 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

El tratamiento dental de emergencia es aquel necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto. Solamente tendrá cobertura bajo esta Póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y que se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes a dicho accidente.

2.19 TRATAMIENTO PARA OBESIDAD

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.

2.20 PERÍODO DE CARENCIA

Esta Póliza contempla un período de carencia de treinta (30) días para tratamientos ambulatorios y de noventa (90) noventa días para hospitalizaciones, contados a partir del día en que esta Póliza entra en vigor o, para los nuevos Asegurados, en la fecha en que hayan sido añadidos a esta Póliza, excepto para la cobertura de condiciones preexistentes, donde se aplicará el período de carencia indicado en dicho beneficio. Las enfermedades y lesiones causadas por un accidente o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez, se cubrirán a partir de las veinte y cuatro (24) horas de inicio de vigencia de esta Póliza.

Las condiciones preexistentes declaradas que se encuentren especificadas en las Condiciones Particulares y estén cubiertas bajo lo estipulado en el literal (c) del numeral 2.9 de esta Póliza, estarán cubiertas después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses contados a partir del día en que esta Póliza entra en vigor o, para los nuevos Asegurados, a partir de la fecha en que hayan sido añadidos a esta Póliza.

En caso no haber especificado ninguna preexistencia en las Condiciones Particulares de la Póliza, las preexistencias declaradas serán cubiertas conforme los literales (a) y (b) del numeral 2.9 de esta Póliza, con las carencias respectivas aplicables

El período de carencia para una condición de discapacidad declarada será de tres (3) meses de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica de Discapacidades.

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 Cuidado Dental	60 días
Carencia Hospitalaria	90 días
Carencia Emergencia/Urgencia	24 horas
Carencia Preexistencias declaradas	24 meses
Carencia Discapacidad declarada	3 meses
Carencia Maternidad	60 días

EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE CARENCIA

La Compañía exonerará el período de carencia solamente si:

- El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año, y
- La fecha efectiva de esta Póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y
- El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual, y
- La Compañía recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual.

Si se exonera el período de carencia, los montos pagaderos por cualquier condición que se manifieste durante los primeros treinta (30) días para tratamientos ambulatorios o noventa (90) días para hospitalizaciones están limitados a la menor cobertura provista bajo esta Póliza o la póliza anterior, mientras esta Póliza esté en vigencia.

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

3. AMPAROS ADICIONALES

3.1. TRATAMIENTOS ESPECIALES

Están cubiertos las prótesis, los dispositivos ortóticos, el equipo médico durable, implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los medicamentos altamente especializados siempre y cuando sean pre-aprobados y coordinados por la Compañía. El tratamiento especial será pagado por la Compañía o reembolsado según el costo que la Compañía hubiese incurrido si el tratamiento hubiere sido realizado por uno de sus proveedores.

3.2. DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL

Siempre y cuando sea medicamento necesario, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es pre-aprobado por la Compañía.

3.3. BRAZOS Y PIERNAS ARTIFICIALES

Este beneficio cubre brazos, manos, piernas y pies artificiales hasta los límites especificados en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente. El beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial.

Los brazos y piernas artificiales serán cubiertos si el paciente es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial, sea prescrita por un médico y no de uso cosmético exclusivamente.

Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo.

La sustitución del dispositivo artificial está cubierta solamente cuando cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos y piernas artificiales deben ser pre-aprobadas por la Compañía.

3.4. DESÓRDENES DEL SUEÑO

Tratamiento para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, hasta el límite especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

3.5. CONSULTAS POR MEDICINA ALTERNATIVA

Se cubrirán las consultas y los tratamientos con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional o en el país donde se recibe el tratamiento, tal como se indica en las Tabla de Coberturas del plan correspondiente. El beneficio aplica por visita; es decir que todos los gastos efectuados el mismo día contarán como una visita.

3.6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

3.7. ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL

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

4. BENEFICIOS ADICIONALES

4.1. TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA

Son los tratamientos recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean Urgent Care, no serán cubiertos bajo este beneficio.

4.2. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES (Sin costo de prima adicional)

En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, la Compañía cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de esta Póliza. El beneficio está limitado solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del Asegurado. Los trámites deberán ser realizados entre la Compañía, el Asegurado y/o el proveedor médico.

4.3. COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO A LA MUERTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL

En caso de que fallezca el Asegurado Principal, la Compañía proporcionará cobertura continua a los dependientes sobrevivientes bajo esta Póliza durante un (1) año sin costo alguno. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo esta Póliza y terminará automáticamente para los dependientes sobrevivientes para los cuales se haya emitido su propia Póliza por separado. Esta cobertura extendida no aplica para ningún anexo de cobertura opcional.

Este beneficio entrará en vigencia a partir de la siguiente renovación de la Póliza en caso de que el pago sea con frecuencia anual; en caso de que el pago sea fraccionado, el beneficio será a partir del último pago, siempre que la Póliza no haya sido cancelada anticipadamente.

5. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta Póliza NO proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos:

- 5.1. El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte del 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 profesional calificado ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio; o
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico; o
 - (d) Que esté 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.
- 5.2. Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.
- 5.3. Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar y la emisión de certificados médicos.
- 5.4. Cualquier enfermedad o lesión que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros treinta (30) días y que requieran cobertura ambulatoria y noventa (90) días para los que requieran cobertura hospitalaria contados desde la fecha efectiva de esta Póliza, con excepción de aquellas que representen una emergencia y/o urgencia médica, en cuyo caso se cubrirá únicamente el tratamiento médico que reciba el Asegurado en la sala de emergencia para su estabilización inicial.
- 5.5. Cirugía electiva o cosmética, o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad, o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta Póliza, o sea una condición preexistente declarada, las cuales tendrán cobertura bajo el beneficio de condiciones preexistentes de acuerdo con la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.
- 5.6. Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes no declaradas, y como se estipula en la cobertura denominada "condiciones preexistentes".
- 5.7. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente o médicamente reconocido para el tratamiento indicado, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio.
- 5.8. Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico, a menos que sean resultado de una condición cubierta. También se excluyen las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo y el síndrome de fatiga crónica.
- 5.9. Cualquier porción de un gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.
- 5.10. Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la maternidad subrogada.
- 5.11. El tratamiento o servicio por cualquier condición médica mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de aquellos servicios médicos mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por una enmienda o anexo de esta Póliza, o no cubiertas bajo esta Póliza.
- 5.12. 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.

- 5.13. Todo tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con la maternidad durante el período de carencia de sesenta (60) días para la cobertura del cuidado del embarazo y la maternidad, excepto como se indica en las Tabla de Coberturas del plan correspondiente.
- 5.14. La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
- 5.15. Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.
- 5.16. Cualquier tratamiento o servicio dental relacionado con un accidente cubierto, después de noventa (90) días de la fecha de dicho accidente.
- 5.17. La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Compañía.
- 5.18. Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula, o desórdenes de la articulación de la mandíbula, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo-mandibulares y otras condiciones de la mandíbula o de la articulación de la mandíbula que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.
- 5.19. Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier Asegurado bajo esta Póliza.
- 5.20. Los medicamentos sin receta médica o que no estén relacionados con un padecimiento o accidente cubierto por esta Póliza, así como tampoco lo siguiente:
 - (a) Los medicamentos que no sean médicamente necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea médicamente necesario.
 - (b) Los medicamentos para tratar la dependencia al tabaco.
 - (c) Los medicamentos cosméticos, aunque sean recetados para propósitos no-cosméticos.
 - (d) Los cargos por suministrar, administrar o inyectar medicamentos, cuando estos no sean efectuados por un médico o un enfermero y que no sea parte del tratamiento indicado por el médico tratante.
 - (e) El resurtimiento de una receta médica que sobrepase el número de resurtimientos prescritos por el médico, o que se haga más de un año después de cuando se prescribió la última receta. Entiéndase por resurtimiento cuando la receta ha sido prescrita por el médico para rellenarse en más de una ocasión para la misma dolencia.
 - (f) Suplementos vitamínicos, se cubrirán siempre y cuando sean médicamente necesarios hasta el límite máximo indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente
- 5.21. Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Compañía.
- 5.22. Almacenamiento de médula ósea, células madre, excepto sangre del cordón umbilical cuando así esté indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, 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 criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
- 5.23. Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.
- 5.24. Tratamiento de cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa, siempre y cuando no sea la profesión y fuente principal de ingresos del asegurado. Estas actividades peligrosas incluyen, mas no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
- 5.25. Cualquier tratamiento relacionado con procedimientos de trasplante, trasplante de órganos humanos, animales o artificiales, excepto cuando así esté indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.
- 5.26. El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos, excepto en los casos que la Autoridad Nacional competente así lo disponga.
- 5.27. Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual, impotencia e inadecuaciones sexuales.

- 5.28. 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.

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 dentro de las primeras horas siguientes al trauma accidental 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 ACTIVIDADES PELIGROSAS: Cualquier actividad que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible.
- 6.4 ADULTO DEPENDIENTE: Es aquella persona que presenta algún tipo de limitación o discapacidad funcional a largo plazo o permanente, entendida como una restricción en su capacidad física, mental, intelectual o sensorial, diagnosticada por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.
- 6.5 AÑO CALENDARIO: Del 1º de enero al 31 de diciembre del mismo año.
- 6.6 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.
- 6.7 ASEGURADO: La persona para quien se ha completado una Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada y ha comenzado por parte de la Compañía. El término "Asegurado" incluye al Asegurado Principal y a todos los dependientes cubiertos bajo esta Póliza.
- 6.8 ASEGURADO PRINCIPAL O TITULAR: El solicitante nombrado en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
- 6.9 CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO: Instalación médica debidamente autorizada por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad del país donde se presten los servicios, para realizar exámenes físicos completos.
- 6.10 CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento de esta Póliza que especifica el comienzo, las condiciones, la extensión, y cualquier limitación de la cobertura, y que enumera a todas las personas cubiertas bajo la misma.
- 6.11 COASEGURO O COPAGO: Es el porcentaje o monto específico de las facturas médicas de ciertas coberturas y/o beneficios que el asegurado debe pagar en adición al deducible.
- 6.12 CLASE: Los Asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo beneficios, deducibles, grupos de edad, país, plan, grupos por año, o una combinación de cualesquiera de éstos.
- 6.13 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO: Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo, la maternidad o el parto. Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.
- 6.14 COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO: Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.
- 6.15 CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA: Cualquier enfermedad 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.

- 6.16 **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es aquella condición:
- (a) Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la Póliza o de su rehabilitación, o
 - (b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha efectiva de la Póliza o su rehabilitación, o
 - (c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha efectiva de la Póliza.
- 6.17 **CONDICIÓN TERMINAL:** La enfermedad 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.
- 6.18 **CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA):** La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un producto o plan a otro dentro de la misma compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos o planes involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad.
- Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la Tabla de Coberturas.
- El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.
- 6.19 **CUIDADO ASISTENCIAL:** Ayuda con las actividades de la vida diaria que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería.
- 6.20 **DEDUCIBLE:** El deducible individual es la cantidad anual de los gastos cubiertos que debe ser pagada por cada asegurado por cada año póliza, y que debe ser cubierta antes de que las coberturas y/o beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El deducible familiar es la cantidad máxima por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.
- 6.21 **DEPENDIENTE:** Los dependientes elegibles bajo esta Póliza son aquéllos que han sido identificados en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los dependientes elegibles incluyen:
- (a) El o la cónyuge o conviviente del Asegurado Principal,
 - (b) Hijos biológicos,
 - (c) Hijos adoptados legalmente,
 - (d) Hijastros,
 - (e) Menores de edad para quienes el Asegurado Principal ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente, y
 - (f) Nietos nacidos bajo la cobertura de la Póliza que sean hijos de dependientes menores de dieciocho (18) años.
- 6.22 **DIAGNÓSTICO:** Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, síndrome, o cualquier condición médica mediante la observación de sus signos y síntomas característicos.
- 6.23 **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).
- 6.24 **EMBARAZO CUBIERTO:** Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha de inicio del embarazo es por lo menos sesenta (60) días después de la fecha efectiva de cobertura para la respectiva Asegurada.
- 6.25 **EMERGENCIA:** Condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos y que lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de pérdida de vida o la integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica inmediata, usualmente en menos de veinticuatro (24) horas.
- 6.26 **ENFERMEDAD:** Condición anormal del cuerpo humano, manifestada por signos, síntomas y/o hallazgos anormales en los exámenes médicos, que hacen esta condición diferente del estado normal del organismo.
- 6.27 **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.

- 6.28 ENFERMEDAD INFECCIOSA: Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.
- 6.29 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.
- 6.30 ENMIENDA: Documento que la Compañía agrega a la póliza para aclarar, explicar o modificar la Póliza.
- 6.31 EPIDEMIA: La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.
- 6.32 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.
- 6.33 FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de esta Póliza.
- 6.34 FECHA DE RENOVACIÓN: El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la Póliza.
- 6.35 FECHA DE VENCIMIENTO: La fecha en que la prima vence y debe pagarse.
- 6.36 FECHA EFECTIVA: Fecha en que comienza la cobertura bajo esta Póliza, tal como aparece en el certificado de cobertura.
- 6.37 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 Coberturas, aun cuando dichos gastos sean aplicados al deducible.
- 6.38 HOSPITAL: Cualquier institución autorizada por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad del país donde se proporciona el servicio como centro médico o quirúrgico, y que: (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos, y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.
- 6.39 HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.
- 6.40 LESIÓN: Daño causado al organismo por una causa externa.
- 6.41 MÉDICAMENTE NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por la Compañía como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o dolencia o lesión y que esté de acuerdo con protocolos nacionales e internacionales establecidos por los organismos competentes. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:
- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite);
 - (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;
 - (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado;
 - (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (organismo regulador competente).
- 6.42 MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS: Son medicamentos con un alto costo unitario que tienen una importancia significativa para tratar al paciente fuera del hospital, los cuales son prescritos y supervisados por un especialista en condiciones poco comunes, severas o resistentes al tratamiento de primera elección.

- 6.43 PAÍS DE RESIDENCIA: El país:
- (a) Donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza; o
 - (b) Donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la Póliza está en vigencia.
- 6.44 PANDEMIA: Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
- 6.45 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 a lo indicado en el Código de Comercio.
- 6.46 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.
- 6.47 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas.
- 6.48 RECEPTOR: La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.
- 6.49 RECIÉN NACIDO: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
- 6.50 RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.
- 6.51 RED DE PROVEEDORES INTERNACIONALES DE BUPA: Grupo de médicos y hospitales fuera del Ecuador aprobados y contratados para tratar a Asegurados en nombre de la Compañía. La lista de hospitales y médicos en la red de proveedores internacionales de Bupa está disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupalud.com.ec y la cual tendrá validez por el año de vigencia de la póliza. En Ecuador, no aplica red de proveedores ya que es de libre elección.
- 6.52 RED DE PROVEEDORES PARA TRASPLANTES: Grupo de hospitales y médicos contratados en nombre de la Compañía con el propósito de proporcionar beneficios de trasplante al Asegurado. La lista de hospitales y médicos dentro de la red de proveedores para trasplantes está disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupalud.com.ec. En Ecuador, no aplica red de proveedores ya que es de libre elección.
- 6.53 SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto del médico tratante.
- 6.54 SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.
- 6.55 SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad competente del país donde se proporcione el servicio o tratamiento, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal.
- 6.56 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. Estos servicios también incluyen llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos. 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.
- 6.57 SOLICITANTE: La persona que firma la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual para obtener cobertura.
- 6.58 SOLICITUD: Declaración por escrito en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la Compañía para determinar la aceptación o aprobación bajo las coberturas estipuladas bajo la ley vigente. La Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual incluye cualquier historial médico, cuestionarios, exámenes médicos y certificados médicos que pudiesen ser solicitados por la Compañía, antes de la emisión de esta Póliza, para evaluar una(s) mejora(s) en sublímites y tiempos de carencia en su cobertura de enfermedades preexistentes.

- 6.59 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.
- 6.60 USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Es la cantidad máxima que la Compañía considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevalecientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

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

La Póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República del Ecuador.

Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o conviviente legal del Asegurado Principal, hijos o menores de edad para quienes el Asegurado Principal ha sido legalmente designado como tutor legal, que hayan sido identificados en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual de esta Póliza y para quienes se provee cobertura bajo esta Póliza.

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con la Compañía y que sean elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin necesidad de una evaluación de riesgo para una póliza con el mismo o con mayor deducible, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en esta Póliza. La Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual del antiguo dependiente debe ser recibida antes de terminar el período de gracia de esta Póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA

El Asegurado debe notificar por escrito a la Compañía si cambia su país de residencia dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio. En caso de un cambio de país de residencia del Asegurado, independientemente de los años que esta Póliza haya estado en vigencia, y si el plan actual del Asegurado no está disponible en su nuevo país de residencia, la Compañía se reserva el derecho de cancelar la Póliza o modificar sus tarifas, deducibles o beneficios, general y específicamente, para poder ofrecerle al Asegurado una cobertura de seguro lo más equivalente posible.

Si el cambio de país de residencia es a los Estados Unidos de América y el Asegurado reside en ese país durante más de ciento ochenta (180) días continuos dentro de cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días, independientemente del tipo de visa que se le haya otorgado para ese propósito, la cobertura para cualquier condición estará limitada a la red de proveedores internacionales de Bupa hasta la fecha de la próxima renovación de la Póliza, cuando la cobertura bajo dicha Póliza terminará automáticamente.

La falta de notificación a la Compañía de cualquier cambio de país de residencia del Asegurado puede resultar en la cancelación de la Póliza, o en la modificación de la cobertura en la fecha del próximo aniversario, a discreción de 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 está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Principal hasta los dieciocho (18) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes a tiempo completo (con un mínimo de doce (12) horas créditos por semana) en un colegio o universidad acreditado en el momento que esta Póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de esta Póliza, al cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes a tiempo completo.

Si un hijo dependiente contrae matrimonio, deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, cambia su país de residencia, o si el (la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el Asegurado Principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para estos dependientes terminará en la fecha del siguiente aniversario de esta Póliza. Un hijo dependiente que haya nacido en la póliza, y que sea catalogado como Adulto Dependiente según la definición detallada en estos Términos y Condiciones, podrá continuar con la cobertura de seguro bajo esta condición luego de cumplidos los 24 años de edad, para lo cual aplicarán las tarifas y beneficios correspondientes a una persona adulta para cada renovación. De igual manera le aplicarán las restricciones y limitaciones especificadas en la Tabla de Beneficios.

10. SUMA ASEGURADA

Monto en dólares americanos o su equivalente en la moneda oficial del Ecuador, asignada al 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 con las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales, Tabla de Coberturas y Condiciones Particulares de la póliza. La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por año póliza, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas, ocurridos durante el mismo año póliza. Al concretarse la renovación de la póliza, se establecerá una nueva suma asegurada por asegurado, por año póliza, para los gastos incurridos por accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas en las vigencias previas, aún para aquellos accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas que por sí mismos hubieran agotado la suma asegurada por asegurado, por año póliza.

11. DEDUCIBLE

Se aplicará de acuerdo a lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

12. DECLARACIÓN FALSA O RETICENCIA

El Asegurado y el Solicitante, tienen la obligación de declarar objetivamente la información requerida por la Aseguradora en su cuestionario. Toda declaración falsa, inexacta u omisión de información 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, vician de nulidad relativa el Contrato de Seguros.

Esto aplicará cuando la falsedad, inexactitudes o circunstancias no señaladas, 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, el Asegurado Titular deberá llenar una Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual que puede 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 Individual, 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 Asegurado Principal es responsable del pago a tiempo de la prima, contra recibo de la Compañía, cancelada por la persona autorizada para la cobranza en la fecha de renovación de la Póliza o en cualquier otra fecha de vencimiento que haya sido autorizada por la Compañía. Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía y la Compañía no garantiza la entrega de los mismos. Si el Asegurado no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, y no sabe el monto del pago de su prima, el Asegurado deberá comunicarse con su agente o agencia asesora productora de seguros o directamente con la Compañía.

Todos los valores monetarios mencionados en esta Póliza son en dólares americanos o su equivalente en la moneda oficial del Ecuador.

Si el asegurado estuviere en mora en el pago de las contraprestaciones económicas, tendrá derecho a la cobertura por treinta (30) días, contados a partir de la fecha en que debió realizar el último pago; fenecido dicho plazo, se suspenderá la cobertura, excepto para la que corresponda a emergencia y urgencia médica dentro de Ecuador, en cuyo caso se dará cobertura por sesenta (60) días adicionales, contados a partir de haberse terminado el período de gracia inicial de treinta (30) días, y cubrirá únicamente el tratamiento médico que reciba el Asegurado en la sala de emergencia para su estabilización inicial. Para la suspensión del financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, será necesario la notificación previa al asegurado. La Aseguradora podrá descontar de la cobertura del siniestro, aquellas cuotas de la prima que se encuentren impagas.

CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS

Cada año de vigencia de la póliza, la Compañía podrá cambiar el monto que el Asegurado Principal y/o Contratante debe pagar por la póliza, conforme a las Notas Técnicas aprobadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para el producto. La Compañía también podrá cambiar el método de pago, beneficios, límites de dichos beneficios, así como los términos y condiciones de esta Póliza.

No se realizarán incrementos adicionales a las tarifas o primas por el apareamiento de enfermedades crónicas y catastróficas, sobrevinientes a la contratación, tampoco se negará la renovación de la póliza por dichas causas.

La Compañía enviará al Asegurado Principal 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 Asegurado Principal decide no renovar su póliza, deberá contactar a la Compañía durante los treinta (30) días siguientes a la fecha de inicio de la renovación de la Póliza.

15. CONDICIONES DE RENOVACIÓN

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

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

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 Titular del Seguro podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, mediante notificación escrita a la Compañía, devolviendo el original de esta Póliza, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima no devengada. Ahora bien, 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 asegurado 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, por cualquiera de los medios reconocidos por nuestra legislación. Para terminar unilateralmente el contrato por parte de la Compañía en el caso previsto en esta cláusula, se deberá notificar por escrito al titular del seguro la terminación del contrato, especificando claramente la fecha del mismo y el motivo de la terminación. En este caso la Compañía queda obligada a devolver al Asegurado la parte de la prima no devengada en proporción al tiempo no corrido, calculada a prorrata.

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

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 ciento ochenta (180) 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.

Además, en caso de accidente, no corresponderá la eliminación del deducible si el Asegurado no notifica como se establece previamente.

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.

Se recomienda que el Asegurado notifique por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico para recibir pre-aprobación y que la Aseguradora pueda coordinar el pago directo al proveedor. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

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 administrador 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 todos los formularios, autorizaciones y documentación requeridos para que la Compañía obtenga la información necesaria para procesar la 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 Asegurado deberá presentar a la Compañía, los siguientes documentos dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio:

- (a) Formulario de reclamación completo, el cual está disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec
- (b) Facturas originales
- (c) Receta médica, firmado y sellado por el médico tratante
- (d) Pedido de exámenes, firmado y sellado por el médico tratante
- (e) Resultados de exámenes, firmado y sellado por el médico tratante
- (f) Historia clínica completa, firmado y sellado por el médico tratante
- (g) Informes médicos, firmado y sellado por el médico tratante
- (h) Certificado médico con inicio de síntomas de patología, evolución de la enfermedad, tratamientos recibidos, firmado y sellado por el médico tratante
- (i) Facturas internacionales
- (j) Comprobantes de pago
- (k) Pedido de procedimiento firmado y sellado por el médico tratante
- (l) Presupuesto de honorarios médicos, firmado y sellado por el médico tratante
- (m) 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
- (n) 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

En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información.

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 Principal 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 locales e internacionales 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 Principal 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 Principal fallezca, la Compañía pagará cualquier beneficio pendiente de pago al Beneficiario del Seguro, que haya sido designado en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual 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 Principal. 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 Principal.

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

24. ARBITRAJE

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el Asegurado o Beneficiario con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, 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. NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que haya de notificarse a la Compañía y al Asegurado, referente a la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá efectuarse por escrito. Toda comunicación que la Compañía tenga que enviar al Asegurado deberá llevarse a cabo en el domicilio del Asegurado o Beneficiarios, y de igual forma las notificaciones que correspondan a la Empresa de Seguros, 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.

26. 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 Asegurado o el beneficiario, en el domicilio del demandado.

27. 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.

28. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

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 Asegurado. 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 judiciales o administrativas a que hubiere lugar.

29. REHABILITACIÓN

Si la Póliza no fue renovada o pagada, durante el período de gracia descrito en el numeral 6.44 de estas Condiciones Generales, la Póliza puede ser rehabilitada, por una sola ocasión, con las mismas condiciones originarias, durante los siguientes sesenta (60) días contados a partir de haberse terminado el período de gracia de treinta (30) días. Esta Póliza no podrá ser rehabilitada después de noventa (90) días contados a partir de la fecha de vencimiento.

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

Se aclara que la rehabilitación de la póliza o restablecimiento de su vigencia, solo se podrá realizar por una sola ocasión, entre una de las siguientes causas: la no renovación, o el no pago a tiempo de la prima, o la terminación anticipada de la póliza por decisión unilateral del Asegurado Titular. En ninguno de los casos se exime al Asegurado del pago de las obligaciones económicas contraídas con la Compañía.

A discreción de la Compañía, siempre y cuando el Asegurado proporcione nueva evidencia de elegibilidad, la cual consistirá en la presentación del Formulario de Reinstalación y cualquier otra información o documento requerido por la Compañía, esta póliza podrá rehabilitarse por una segunda ocasión, en los mismos tiempos arribas indicados.

30. CAMBIO DE PLAN O DEDUCIBLE

Al ser una póliza con vigencia anual, el asegurado principal únicamente podrá modificar su póliza al momento de la renovación. Cuando el asegurado principal solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:

- (a) Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico establecido en la Tabla de Coberturas de la Carátula de la Póliza.
- (b) Para el pago de siniestros relacionados con una enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que ocurran durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- (c) Para el pago de beneficios relacionados con la maternidad, complicaciones de maternidad y cobertura del recién nacido que ocurran durante los diez (10) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- (d) Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con sumas aseguradas de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- (e) Los beneficios con sumas aseguradas de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.
- (f) No obstante lo anterior, la aseguradora podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el asegurado principal solicite cambio de producto, plan, beneficios, o suma asegurada.

31. 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 Asegurado 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.

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/Asegurado Principal
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 a la presente Condición General el registro No 53091; con oficio No SCVS-IRQ-DRS-2020-00038413-O de 28 de septiembre de 2020.

ANEXO 1

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 DE 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 PRESTACION	ACTIVIDAD ESPECIFICA	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.	1 VEZ AL AÑO, DURANTE LA CONSULTA SE DE OTORGAR INFORMACIÓN Y ASESORÍA
		Peso, talla, IMC, TA; detección clínica temprana de embarazo, infecciones de transmisión sexual y trastornos alimenticios, enfermedades infecto-contagiosas.	
		Evaluación de hábitos no saludables, deficiencias y/o discapacidades; (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otra especialidad)	
	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (EN CONSULTA)	Información para prevención de trastornos de la alimentación; detección de maltrato y o violencia; detección de uso de sustancias psico - estimulantes; importancia de la valoración de agudeza visual; información sobre higiene y salud oral; detección de problemas de aprendizaje, afectivos, emocionales; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados.	
	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)	1 VEZ AL AÑO, DURANTE LA CONSULTA SE DE OTORGAR INFORMACIÓN Y ASESORÍA
EMBARAZO SOLO PARA PLANES CON COBERTURA DE MATERNIDAD	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 POST PARTO

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACION	ACTIVIDAD ESPECIFICA	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.	

