

Instructivo de Vida y Asistencia Médica



Con el respaldo de:

 **PAN AMERICAN LIFE**
DE ECUADOR
COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

Compañía miembro de Pan American Life Insurance Group

**¡Queremos estar contigo
en todo momento!**



Índice

Seguro de Vida	1
Seguro de Asistencia Médica	1
Atenciones Ambulatorias	3
Atenciones Hospitalarias	4
Cobertura en caso de Emergencia	5
¿Cómo presentar un reembolso?	7
Beneficios Adicionales	8
Inclusión de dependientes	17
Límites de edad	18
Exclusiones Seguro de Vida	19
Exclusiones Seguro de Asistencia Médica	20
Herramientas Tecnológicas	26

Vigencia de la póliza: 1 de febrero 2022 al 31 de enero 2023

RESUMEN DE COBERTURAS

SEGURO DE VIDA

COBERTURAS	INDEMNIZACIÓN
Muerte por cualquier causa	\$12.000
Muerte y/o Desmembración Accidental	\$12.000
Incapacidad Total y Permanente	\$12.000
Gastos de sepelio	\$600
Anticipo por Enfermedad Terminal	50% de la indemnización de Muerte por Cualquier Causa

IMPORTANTE

En el Formulario de Enrolamiento del seguro usted ha designado que personas de su familia podrán cobrar la indemnización. Usted puede actualizar esta información en cualquier momento que lo desee.

La cobertura es única y exclusivamente para siniestros que le ocurran a usted como colaborador. En caso de salir de la empresa pierde automáticamente el beneficio.

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

RESUMEN DE COBERTURAS

COBERTURAS GENERALES	MONTO
Límite máximo por incapacidad	\$ 7.000
Deducible por año contrato por afiliado	\$ 70
Período de incapacidad	365 días
Período de presentación de reclamos	90 días

COBERTURAS AMBULATORIAS	MONTO
Cobertura ambulatoria libre elección con deducible	80%
Cobertura ambulatoria Red Paligmed SELECT sin deducible	80%
Cobertura ambulatoria Red Paligmed ESSENTIAL sin deducible	80%
FEE de consulta médica en la Red Paligmed ESSENTIAL	\$15
Tope de consulta médica Quito y Resto del país	\$ 62,49
Tope de consulta médica Guayaquil y Cuenca	\$ 78,11

COBERTURAS HOSPITALARIAS	MONTO
Cobertura hospitalaria libre elección con deducible	70%
Cobertura hospitalaria Red Paligmed con deducible	80%
Cobertura hospitalaria Red Essential con deducible	80%
Cobertura hospitalaria Red Essential con deducible (Padre Carolo, Clínica Tumbaco, Northospital, AXXIS, Novaclínica del Valle)	90%
Cobertura hospitalaria Red Selecta (grupo cirugías) sin deducible	90%
Cuarto y alimento diario al 100%	\$ 140
Unidad de cuidados intensivos diarios	Según cobertura hospitalaria
Máximo de días por habitación	Sin límite
Cama de acompañante	\$50
EMERGENCIA POR ACCIDENTE	MONTO
Cobertura de emergencia por accidente al 100% sin deducible	\$ 1.000
MATERNIDAD	MONTO
Cobertura de maternidad al 100% sin deducible	\$ 3.000
Período de carencia para el inicio de la maternidad	60 días

COBERTURA PARA EMPLEADOS NUEVOS en Asistencia Médica:

Enfermedades preexistentes: Son las enfermedades que haya tenido antes de su ingreso a la póliza de asistencia médica. La cobertura empezará después de 90 días contados desde su ingreso a la póliza.

Nuevos diagnósticos: Son las enfermedades que le diagnostiquen desde su ingreso a la póliza en adelante. Se cubren con normalidad desde el primer día que ingresa a la póliza.

ATENCIÓNES AMBULATORIAS



Consultas
Médicas



Exámenes
de Laboratorio
o imagen



Sesiones de
Fisioterapia



Compra de
Medicación

Cobertura a libre elección: Atenciones en proveedores que no tienen convenio con la aseguradora.

Debe presentar los gastos a reembolso y la aseguradora le devolverá el 80% después de que haya cubierto su deducible del año póliza.

IMPORTANTE: Las consultas médicas se cubren hasta:

Tope de consulta médica en Quito y resto del país \$ 62,49

Tope de consulta médica en Guayaquil y Cuenca \$ 78,11

Cobertura dentro de la red: Atenciones en proveedores que tienen convenio con la aseguradora. Usted paga únicamente el valor de copago que corresponda. No aplica deducible.

PASOS PARA TENER UNA ATENCIÓN AMBULATORIA DENTRO DE LA RED

1. Buscar el proveedor al que desee acudir
2. Llamar al proveedor y agendar su cita
3. Acudir puntualmente a la cita médica llevando su cédula y tarjeta del seguro
4. Recibir todas las atenciones médicas dentro del mismo prestador y pagar únicamente el copago que corresponde de cada atención.

Red ambulatoria SELECT: Paga el 20% de cada atención

Red ambulatoria ESSENTIAL: Por la consulta médica paga \$15, de las demás atenciones paga el 20%.

Medicinas dentro de la red: Se puede adquirir la medicación en la farmacia del Centro Médico de la red pagando únicamente el copago de los medicamentos cubiertos. Si dicha farmacia no tiene algún medicamento cubierto usted puede pedir al centro médico que le coloquen el sello de Pan American Life en la receta médica original, que le completen los datos que solicita el sello e ir a cualquier Pharmacs a nivel nacional y adquirir los mismos pagando el copago. En caso de medicación que no esté en el vademécum, deberá comprar por su cuenta y presentar a reembolso y el mismo será de acuerdo con la cobertura ambulatoria libre elección.

IMPORTANTE: En oftalmología y dermatología no aplica la cobertura dentro de la red. Tiene que pagar el total de los valores y presentar los gastos a reembolso.

ATENCIÓNES HOSPITALARIAS



Hospitalizaciones por más 24 horas



Cirugías Programadas



Procedimientos quirúrgicos

Cobertura a libre elección: Hospitalizaciones en clínicas y hospitales que no tienen convenio con la aseguradora.

Debe presentar los gastos a reembolso y la aseguradora le devolverá el 70% después de que haya cubierto su deducible del año póliza.

Cobertura dentro de la red: Atenciones en clínicas y hospitales que tienen convenio con la aseguradora.

PASOS PARA TENER UNA ATENCIÓN HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED

1. Buscar el proveedor al que desee acudir

Red hospitalaria PALIGMED: Cobertura del 80% con deducible.

Red hospitalaria ESSENTIAL: Cobertura del 80% con deducible.

Red hospitalaria SELECTA (Sólo cirugías): Cobertura del 90% sin deducible.

Red hospitalaria ESSENTIAL: Cobertura del 90% con deducible. (Padre Carolo, Clínica Tumbaco, Northospital, AXXIS, Novaclínica del Valle)

2. En caso de cirugías programadas realizar el proceso de pre autorización de la cirugía con mínimo 72 horas de anticipación a la cirugía. En caso de hospitalizaciones de emergencia no es necesario realizar el proceso de pre autorización.

3. Acudir a la clínica u hospital escogido llevando los documentos indispensables:

- Cédula original
- Tarjeta del seguro
- Formulario de Reclamación original firmado y sellado por Recursos Humanos.

4. Se activa el crédito hospitalario al 70%: la clínica u hospital en convenio realiza su ingreso, le asigna una habitación, le realizan el procedimiento médico respectivo y al momento del alta de la hospitalización usted tiene que pagar el 30% de la cuenta. Debe solicitar un comprobante de dicho pago y enviarlo a la asesora de Asertec. Una vez que se liquide el reclamo, 45 días después de la hospitalización, se cruzan valores y puede haber un valor a su favor o un valor faltante que deberá depositar a la aseguradora. Depende del prestador al que haya acudido.

IMPORTANTE: El documento que habilita el crédito hospitalario es el Formulario de Reclamación original firmado y sellado por Recursos Humanos. No olvide llevarlo.

COBERTURA EN CASO DE EMERGENCIA

¿Cuándo es una emergencia?

- Cuando tiene síntomas o lesiones que ponen en riesgo su vida por lo que requiere atención médica inmediata
- Aplica únicamente cuando acuda a una sala de emergencias de una clínica u hospital.
- No aplica para atenciones en centros médicos ambulatorios o consultorios médicos privados.

URGENCIA POR ENFERMEDAD

Los síntomas son provocados por una afectación que está teniendo internamente su organismo.



Convulsiones



Paro respiratorio



Fiebre alta continua



Deshidratación



Infarto al corazón



Desmayos



Vómito o diarrea severas



Estado de shock

Cobertura: Vía reembolso con aplicación de deducible y copago.

EMERGENCIA POR ACCIDENTE

Lesiones físicas causadas por factores externos, fortuitos y ajenos a la voluntad de la persona.



Golpes



Contusiones



Fracturas



Torcerduras



Cortaduras



Quemaduras

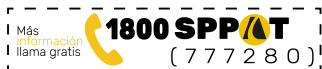
Cobertura: Al 100% sin deducible hasta \$1.000 siempre y cuando acuda a la sala de emergencias dentro de las primeras 48 horas desde que ocurrió el accidente.

ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Lesiones físicas causadas por un automotor siendo conductor, copiloto o peatón.



Cobertura: Según lo establecido en la ley ecuatoriana aplica primero el seguro SPATT para cubrir las atenciones médicas hasta \$3.000. Una vez superado este monto podrá acceder a la cobertura del seguro médico privado.



IMPORTANTE

- Si requiere hospitalización y la clínica u hospital es parte de la red, entregando los requisitos indispensables, se activa el crédito hospitalario y pasa a ser una atención hospitalaria. Si la hospitalización es por accidente en la liquidación del reclamo la aseguradora le cubre los primeros \$1.000 al 100% sin deducible y la diferencia se aplica deducible y copago.
- En emergencia por accidente: Si los gastos generados en la sala de emergencias superan los \$1.000, el excedente se cubre como cualquier incapacidad hasta \$7.000 con aplicación de deducible y copago.

AMBULANCIA

En caso de necesitar una ambulancia las coberturas son las siguientes:

Ambulancia terrestre dentro y fuera de la ciudad, vía reembolso, sin deducible, al 100%, hasta: \$400 por evento.



Transporte fluvial por emergencia médica, vía reembolso, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$200 por evento.

Cobertura para Ambulancia aérea medicamente justificada, vía reembolso, con aplicación de deducible al 80%, hasta \$3.500 por evento.

CÓMO PRESENTAR UN REEMBOLSO

Debe presentar:

Formulario de Reclamación debidamente completado y firmado por el médico tratante y el titular

A este formulario debe adjuntar:



CONSULTA MÉDICA

Factura original del médico tratante.



EN CASO DE EMERGENCIA

Factura original desglosada.
Copia de la hoja de emergencia o historia. clínica



MEDICINAS

Factura original desglosada.
Copia de la receta médica.



FISIOTERAPIA

Copia del pedido del médico.
Factura original desglosada.
Informe con fechas de asistencia.



EXÁMENES

Copia del pedido del médico.
Factura original desglosada.
Copia de resultados.



HOSPITALIZACIÓN

Factura original de la clínica u hospital.
Factura original del médico cirujano.
Factura original del anesthesiólogo.
Copia de historia clínica.
Copia del protocolo operatorio.

IMPORTANTE

- Las facturas deben ser originales y cumplir con los requisitos de la Ley de Facturación.
- Todo gasto realizado con excepción de la consulta médica, debe ser ordenado o solicitado por el médico tratante y por escrito.
- Actualmente la mayoría de proveedores está emitiendo facturación electrónica, si es el caso, deberá imprimir el PDF de la factura electrónica y adjuntarla al reclamo.

BENEFICIOS ADICIONALES

Se pagarán los beneficios detallados a continuación:

MATERNIDAD

Cobertura para Maternidad desde el inicio de embarazo hasta la culminación por el evento, la cobertura es para gastos ambulatorios y hospitalarios por maternidad y cualquier complicación relacionada o como resultado del estado de gestación y/o el parto normal, cesárea o aborto no provocado. Para titulares y dependientes cónyuges, sin aplicación de deducible, al 100%, hasta:

Cesárea	\$3.000
Parto normal	\$3.000
Aborto no provocado	\$3.000



Para acceder al beneficio debe reportar antes de las 12 semanas de embarazo, presentando un certificado médico con la Fecha de Última Menstruación. Así también debe solicitar el cambio de categoría de titular sola a titular más uno o titular más familia y se realiza el cobro de tarifas desde el inicio de maternidad.

Tiempo de carencia 60 días para nuevas inclusiones.

Cobertura de gastos prenatales para titulares y dependientes cónyuges, siempre y cuando el embarazo se produzca dentro del período de carencia. Para que el beneficio aplique debe contratar la categoría inmediata superior, desde la fecha de notificación de embarazo. Sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$500

Cobertura para prevención dental durante el periodo de maternidad, (consulta y/o profilaxis), para titulares y dependientes cónyuges, siempre y cuando sea en la Red de Proveedores Ambulatorios Paligmed, vía reembolso, sin aplicación de deducible al 100%, 2 consultas en el embarazo.

Descuento del 10% para la recolección de preservación de Células Madre a través de prestador asignado por Palig.

CONTROL DE NIÑO SANO

Cobertura de gastos neonatológicos del recién nacido sano, proveniente de una maternidad cubierta. De acuerdo al deducible y coaseguro que se aplica en la cobertura principal de maternidad, hasta: \$ 300

Cobertura de examen Screening Neonatal, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$50



Cobertura de control niño sano desde el primer día de nacido hasta lo 60 meses cumplidos, hasta el monto establecido con tope de consulta médica general. Sin aplicación de deducible al 80%.

- de 0 a 12 meses: control mensual
- de 13 a 36 meses: control trimestral
- de 37 a 60 meses cumplidos: control semestral

Bajo control de niño sano se cubre vacunas de acuerdo al esquema del MSP con un tope máximo de \$65 por cada vacuna, hasta período de vacunación que no exceda de los 60 meses, así como vitaminas puras y minerales (no se cubre multivitamínicos, ni complementos nutricionales). Sin aplicación de deducible, al 100%.

APARATOS ORTOPÉDICOS

Zapatos y plantillas ortopédicas: Cobertura de plantillas y zapatos ortopédicos justificados con diagnóstico médico, máximo 2 pares durante la vigencia de la póliza, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$ 380 cada par (plantillas o zapatos).



Medias elásticas: Cobertura de medias elásticas, para titulares y dependientes cónyuges, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$60 año póliza.

Aparatos: Cobertura para compra de muletas; y compra y/o alquiler de sillas de ruedas justificados bajo diagnóstico médico, previa coordinación con la Compañía, con aplicación de deducible hasta \$380.

VISUAL

Cobertura de exímer láser a partir de las 5,5 dioptrías combinado por los 2 ojos (beneficio no coordinable) sin aplicación de deducible al 100% hasta: \$1.000



Cobertura de ayuda visual (incluye cristales, marcos, consultas, medicinas) una vez durante la vigencia de la póliza, para titulares y dependientes (beneficio no coordinable bajo la misma póliza y no se cubren chequeos masivos), sin aplicación de deducible al 100%, hasta:\$ 100 año póliza

Cobertura para queratocono con origen de refracción visual, una vez durante la vigencia de la póliza, para titulares y dependientes, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada Red, hasta la suma máxima asegurada.

AUDIFONOS



Cobertura de audífonos una vez durante la vigencia de la póliza, para titulares y dependientes (beneficio no coordinable bajo la misma póliza), sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$410 al año póliza.

SÉPSUM NASAL



Cobertura para cirugía de desvío de septum nasal e hipertrofia de cornetes, incluyendo todo tratamiento de diagnóstico, quirúrgico y post quirúrgico incluyendo consultas posteriores de seguimiento. No se cubre cirugías electivas estéticas, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo cada Red, hasta: \$1.800 por incapacidad.

DENTAL



Cobertura de extracción de terceros molares impactadas o incrustadas (previa presentación de RX panorámica) y la cobertura aplica únicamente para el proceso de extracción, para titulares y dependientes, sin aplicación de deducible al 100%, hasta \$200 por cada molar.

VITAMINAS, ALÉRGENOS Y VACUNAS

Cobertura de vitaminas puras y minerales con diagnóstico establecido bajo prescripción médica. (No se cubren multivitamínicos, ni complementos nutricionales), con aplicación de deducible al 80% hasta \$200 año póliza.



Cobertura de pruebas de sensibilidad, tratamientos con antialérgicos, alérgenos y tratamientos inmunológicos en general, siempre y cuando hayan sido prescritas por profesional calificado en base a guías clínicas o protocolos aprobados. (No se cubren tratamientos inmunoestimulantes, ni tratamientos preventivos). Sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$300 año póliza.

LECHE MEDICADA



Cobertura leche medicada con diagnóstico establecido bajo prescripción médica, hasta el cumplimiento del segundo año de vida, con aplicación de deducible, al 80%

ENFERMEDADES METABOLICAS

Opción a elegir el Programa de Enfermedades de Síndrome Metabólico (Diabetes e Hipertensión), dentro de Proveedor determinado por Palig, sin aplicación de deducible (para mayor información contactarse con la Asesora de Servicio al Cliente), al 100%.



Cobertura por gastos de obesidad (cirugía bariátrica) o gastos por desnutrición u otro trastorno alimenticio, (suplementos o complementos alimenticios y nutricionales) y cualquier otro procedimiento o tratamiento, siempre y cuando el asegurado presente factores de riesgo que complican su estado de salud, se cubrirá fórmulas alimenticias medicadas bajo diagnóstico relacionado. Sin aplicación de deducible al 100%, hasta \$1.500 año póliza.

Cobertura nutricional por factores de riesgo de salud en prestador de la Red Ambulatoria Paligmed, vía reembolso, (en las ciudades donde no exista prestadores de Red Ambulatoria Paligmed se puede realizar

libre elección hasta el monto indicado en la consulta médica general) para titulares y dependientes, sin aplicación de deducible al 100%, hasta 3 consultas anuales.

CAMA DE ACOMPAÑANTE



Cobertura de cama de acompañante, siempre y cuando el paciente sea menor a 16 años y mayor de 75 años, se aplica el mismo deducible y coaseguro contratado para cuarto y alimento, hasta \$50

ATENCIÓNES MENTALES



Cobertura para atención de Enfermedades Psiquiátricas de base orgánica. Sin aplicación de deducible al 100%, hasta 6 consultas al año póliza + medicación, máximo \$50 por cada atención que incluya los dos beneficios (consulta y medicación).

Cobertura de tratamientos psicológicos en Prestador de la Red Ambulatoria Paligmed, vía reembolso, (en las ciudades donde no exista prestadores de Red Ambulatoria Paligmed se puede realizar libre elección hasta el monto indicado en la consulta médica general) sin aplicación de deducible, al 100%, hasta 2 consultas por año póliza.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS



Cobertura de trasplante de órganos (sobreviniente a la contratación) para el Asegurado, se cubre con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada Red, hasta la suma máxima asegurada. No se cubren gastos por órganos, transporte de órganos, incluyendo impuestos o trámites legales y/o gastos de viajes por este motivo. La cobertura para el donante es del 50% de la suma máxima asegurada. La cobertura entre los dos individuos (donante y receptor) no superará el monto de la suma máxima asegurada.

PRÓTESIS



Cobertura para Prótesis No Dentales (incluyendo implantes de oído) que restablecen la funcionalidad del órgano, órtesis, equipo artificial o mecánico y que sea medicamento necesario, siempre y

cuando el accidente o enfermedad ocurra dentro de la vigencia de la póliza. Con aplicación de deducible, al: 80%



Cobertura para cambio o reemplazo de prótesis no dentales que restablecen la funcionalidad del órgano, u órtesis, aparatos ortopédicos, sin aplicación de deducible al 100%, hasta \$500 año póliza.

Cobertura para prótesis no dentales que no restablecen la funcionalidad del órgano (prótesis mamarias bilaterales, prótesis testicular, prótesis ocular), siempre y cuando el accidente o enfermedad ocurra dentro de la vigencia de la póliza, con aplicación de deducible al 100%, hasta \$500 año póliza.

OTROS BENEFICIOS HOSPITALARIOS

Cobertura de Cuarto y Alimento diario en Ecuador (incluye todo servicio dentro de habitación), sin límite de días, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$ 140

Cobertura de gastos de Terapia Intensiva y Terapia Intermedia, sin limitación de días, con aplicación de deducible y copago de acuerdo a cada Red.



Cobertura de Interconsulta Quirúrgica y Segunda Opinión Médica Local o Internacional. En caso de que la Compañía lo requiera y a costos de la Compañía, en diagnósticos de alta complejidad y previa coordinación con Palig, sin aplicación de deducible, al 100%.

Cobertura para Cirugías Robóticas o Nueva Tecnología aprobada por el MSP, (este límite aplica solo para el uso de equipos, los honorarios médicos será de acuerdo a lo establecido en la póliza), con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada Red, hasta: \$2.000 por incapacidad.

Cobertura para mantenimiento de signos vitales en sistemas del cuerpo en estado letal, sin aplicación de deducible al 100%, hasta \$1.000 año póliza

Cobertura para los gastos médicos aplicables y necesarios mientras el individuo se encuentre hospitalizado y cuyo tratamiento médico sea necesariamente bajo internación, solo en hospitales y/o clínicas, que se deban a enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales. Con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada Red, hasta Suma Máxima Asegurada

Cobertura cuando el asegurado se encuentre en cuidado de custodia, con ocasión de senilidad o deterioro cerebral, entre otras causas, siempre y cuando se encuentre en tratamiento médico y no por cuidado personal o cuando el tratamiento ambulatorio se derive de la hospitalización. Sin aplicación de deducible al 100%, hasta \$500 año póliza

Cobertura para la atención médica necesaria de condiciones de salud que sean consecuencia de accidentes y/o enfermedades por uso de drogas, estupefacientes, embriaguez y alcoholismo, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada red, hasta: Suma Máxima Asegurada



Cobertura para la atención médica necesaria de lesiones ocasionadas directa o indirectamente por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico y/o sus consecuencias, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada red, hasta Suma Máxima Asegurada

Cobertura para gastos de complicaciones médicas a consecuencia de una cirugía estética. Esta cobertura está limitada a estabilizar la condición médica del asegurado, pero no contempla la cobertura de cirugía estética posterior, o gastos hospitalarios o ambulatorios posterior a su estabilización, sin aplicación de deducible al 100%, hasta \$500 año póliza

OTROS BENEFICIOS AMBULATORIOS



Cobertura de Radiografías (RX) e Imagenología, Laboratorios Clínicos y de Patología para diagnóstico, de acuerdo a costos referenciales del medio de incurrencia, con aplicación de deducible y coaseguro de

de acuerdo a cada Red.

Cobertura de terapias físicas mio-neurorestaurativa, terapias respiratorias, terapias de lenguaje y terapias cardíacas, de acuerdo a costos referenciales del medio de incurrencia, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada Red.

Cobertura para atención médica suministrada en el hogar, siempre que sea médicamente necesaria y que por su condición médica el paciente no pueda ser movilizado, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$1,000 año póliza, con tope por visita de \$50.

Cobertura para Equipos Médicos duraderos, siempre y cuando sean médicamente necesarios por condición médica y factores de riesgo de salud documentados y sustentados por el Médico tratante. No aplica reemplazo de Equipo Médico duradero. Sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$500 año póliza, monto tope por uno o varios equipos.



Cobertura para suministros médicos especiales para cuidado paliativo ambulatorio, médicamente necesario y justificado en enfermedades crónicas, catastróficas (equipos médicos duraderos, camas y colchones especiales). No aplica reemplazo de suministros. Con aplicación de deducible al 80%, hasta: \$500 año póliza, monto tope por uno o varios equipos.

Cobertura de Medicamentos tradicionales y medicina homeopática y/o bioenergética, siempre y cuando tengan Registro Sanitario y se encuentre aprobado dentro y fuera del país por entes correspondientes, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada red.

Cobertura para tratamiento de cuidados y curas de reposo, sueño o de convalecencia en caso de rehabilitación incluyendo tratamiento médico y estadía. Sin aplicación de deducible, al 100%, hasta: \$200 año póliza.

BENEFICIOS PREVENTIVOS



Servicio exequial para titulares y dependientes a través de Jardines del Valle a nivel nacional llamando al 1800 244 766 accediendo a un paquete integral el cual contempla todos los servicios requeridos para el sepelio. Para conocer cuáles son estos debe comunicarse directamente con Jardines del Valle.

BENEFICIOS PREVENTIVOS

Cobertura de un examen de Papanicolau y consulta médica, una vez durante la vigencia de la póliza, para titulares y dependientes cónyuges, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$60 año póliza.

Cobertura de un examen de Mamografía, una vez durante la vigencia de la póliza para titulares y dependientes cónyuges, a partir de los 40 años de edad, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$100 año póliza.



Cobertura de un examen Antígeno Prostático, una vez durante la vigencia de la póliza para titulares y dependientes cónyuges, a partir de los 40 años de edad, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$60 año póliza.

Cobertura del procedimiento quirúrgico de ligadura (no necesariamente después del parto) y vasectomía, para titulares y dependientes cónyuges, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada proveedor hasta la suma máxima asegurada.

Cobertura de método anticonceptivo, para el control de la natalidad, tales como: anticonceptivos orales, parenterales, así como, materiales o dispositivos anticonceptivos o similares, para titulares y dependientes cónyuges, sin aplicación de deducible al 100%, hasta \$10 año póliza.

OTRAS CONDICIONES



- Restitución de la Suma Máxima Asegurada a los 365 días de iniciada la incapacidad
- Tipo de Cobertura: Local
- Tabla de honorarios Quito y resto del país Mc-Graw-Hill - 50%
- Tabla de honorarios para Guayaquil y Cuenca Mc-Graw-Hill - 25%

- Período de presentación de reclamos 90 días
- Período de acumulación de cuentas (aplica para enfermedades crónicas, bajo un mismo diagnóstico o incapacidad con tratamiento de uso continuo) 180 días

PREAUTORIZACIÓN DE CIRUGÍAS

Para cirugías programadas, las cuáles no son de urgencia y no corre peligro la vida del paciente, debe realizar lo siguiente:

1. Completar en conjunto con su médico tratante el Formulario SOLICITUD DE PREAUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN
2. Solicitar una copia de la historia clínica completa y adjuntar resultados de exámenes que se haya realizado que justifiquen el diagnóstico. Si es posible también puede adjuntar una cotización de la clínica u hospital donde tendrá su cirugía.
3. Entregar los documentos mencionados a la Asesora de Servicio al Cliente con mínimo 72 horas de anticipación a la fecha y hora programada de la cirugía.

Una vez que la aseguradora recibe la documentación ocurre lo siguiente:

1. La aseguradora revisa la documentación y determina si el procedimiento tiene cobertura y cuál es el monto cubierto
2. La aseguradora emite una preliquidación en la cual consta la autorización de la cirugía y adicionalmente un detalle preliminar estimado de cómo sería la liquidación de sus gastos.
3. Usted deberá llevar dicha autorización al momento de la cirugía.
4. Cuarenta y cinco (45) días después de la cirugía, cuando se realice la liquidación real de la atención, los valores pueden variar con relación a lo que constaba en la pre-liquidación debido que puede darse alguna situación en la cirugía que requiera un procedimiento adicional, o a su vez el monto que tenga en gastos no cubiertos.

IMPORTANTE: El proceso de pre autorización de cirugías programadas lo debe realizar para cirugías dentro o fuera de la red.

INCLUSIÓN DE DEPENDIENTES

En el seguro médico los únicos familiares que pueden ser dependientes son los cónyuges e hijos. Para reportar la inclusión de un nuevo dependiente deberá seguir el siguiente proceso:

CÓNYUGES



Para la inclusión de su cónyuge o conviviente legal, entregue una copia del certificado de Matrimonio o Acta de Unión de Hecho legalizada en el registro civil junto con el formulario de actualización de datos.

HIJOS

Usted deberá enviar una copia del certificado de Nacido Vivo (INEC) o Partida de Nacimiento junto con el formulario de actualización de datos.

Usted tiene un plazo máximo de 30 días para incluir al nuevo dependiente, transcurrido dicho plazo (más de 31 días) la compañía se reserva el derecho de aceptar, limitar y/o condicionar su inclusión, así como sus enfermedades preexistentes.



Si la Compañía acepta la inclusión del nuevo dependiente, será bajo la condición de Entrante Tardío, se aplicará un período de carencia de 90 días y la cobertura es:

Cobertura para enfermedades preexistentes y congénitas preexistentes, tratamiento médico sus complicaciones y/o consecuencias, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada red, hasta: \$1.500 por año para todas las incapacidades. En caso de enfermedades preexistentes y congénitas preexistentes que no hayan sido declaradas no tendrán cobertura.

LÍMITES DE EDAD

Titular: Cobertura desde los 18 años hasta los 65 años al 100%, desde los 66 hasta los 70 años al 75%, desde los 71 años hasta los 75 años al 50% y desde los 76 años hasta los 80 años de edad al 10% de las coberturas contratadas. Terminación definitiva al cumplimiento de los 80 años.

Hijos: Hasta el día en que cumplan los 25 años de edad si son solteros, dependientes económicamente de los padres y estudiantes a tiempo completo. Deberán presentar semestralmente: Certificado de estudios, certificado de no aportación al IESS y copia de cédula de identidad.

EXCLUSIONES DEL SEGURO

EXCLUSIONES SEGURO DE VIDA

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

- Ninguna.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

1. Cuando la fecha de la calificación de Invalidez Total y Permanente es anterior a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, o bien que al momento de producirse la inclusión en la Póliza, el Asegurado esté tramitando la calificación de invalidez;
2. Lesiones sufridas por la participación directa del Asegurado en actos delictuosos de carácter intencional relacionados con la delincuencia organizada;
3. Actos que infrinjan leyes o reglamentos.

MUERTE Y/O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

1. Suicidio, atentado de suicidio o lesión intencionalmente infligida en sí mismo, ya sea en estado de cordura o locura.
2. Insurrección o guerra o cualquier acto que se pueda atribuir a tal condición.
3. Participación en tumultos; cometiendo algún asalto o delito.
4. Operación o transporte en o descenso de cualquier vehículo aéreo si el asegurado es piloto, oficial o miembro de la tripulación del mismo o si está dando o recibiendo cualquier clase de entrenamiento o instrucción o tiene cualesquier deberes relacionados con tal vehículo.
5. Dolencia corporal o mental o resultante de tratamiento médico o quirúrgico o del diagnóstico correspondiente: ptomaínas o infección bacterial (con excepción únicamente de la infección piogénica ocurrida simultáneamente con y a consecuencia de cortadura o lesión visible accidental).
6. Ingestión de veneno o asfixia por haber inhalado gas, voluntaria o involuntariamente; a menos que ocurra con motivo de o en el curso del empleo del individuo;
7. Homicidio o lesión corporal causada intencionalmente por otra persona.
8. Por armas de fuego, armas cortopunzantes, artefactos explosivos y/o incendiarios, cualesquiera sean las circunstancias en que ocurran, no serán considerados accidentes ni estarán cubiertos por el seguro, quedando específicamente excluida su cobertura.

EXCLUSIONES SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

1. Tratamientos por complicaciones, secuelas, enfermedades o lesiones accidentales que no estén específicamente nombrados en el detalle de prestaciones sanitarias y/o beneficios cubiertos de esta Póliza.
2. Trasplante que se origine:
 - a. Como resultado de un procedimiento por el cual al receptor se le proporciona equipo artificial o mecánico diseñado para reemplazar un órgano humano.
 - b. Cuando el donante es de especie animal.
 - c. Cuando el Asegurado se encuentre en cuidado de custodia, con ocasión de senilidad o deterioro cerebral, entre otras causas.
 - d. Cuando el padecimiento no está cubierto por esta Póliza.
 - e. Cuando no sean necesarios para precautelar la vida del Asegurado.
 - f. Cuando sea de carácter experimental.
 - g. Cuando sea trasplante cadavérico en el exterior.
3. Una enfermedad, lesión, tratamiento, atención o servicio médico mientras la cobertura del Asegurado no se encuentre vigente o posteriores a la fecha de terminación de esta Póliza, aun cuando la incapacidad se inició durante la vigencia de la misma, a excepción de emergencia médica en estado de mora hasta el monto especificado en el cuadro de beneficios según plan contratado.
4. Cualquier servicio realizado para tratar condiciones preexistentes, sus complicaciones o secuelas, si no se cumple con los periodos de carencia, montos y condiciones de cobertura.
5. Ingreso a un hospital para observación o cirugía electiva, por causas que no sean consideradas como una urgencia o emergencia, cuando la persona sea admitida en fines de semana o días no laborables, bajo los siguientes conceptos:
 - a. Por admisiones antes de la fecha de una cirugía electiva
 - b. Por complicación derivada de un procedimiento médico o quirúrgico no cubierto o excluido en esta Póliza, o de un beneficio que sobrepase el límite otorgado.
6. Mientras el paciente se queda hospitalizado por más días de los aprobados en la pre-autorización médica, siempre y cuando no sea medicamente necesario y se presente los respaldos documentales respectivos.
7. Exámenes médicos de rutina, control o prevención no incluidos en esta Póliza, y que no estén cubiertos en prestaciones de tarifa cero.

8. Exámenes médicos de rutina, control o prevención que no estén relacionados ni médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente.
9. Procedimientos quirúrgicos de carácter preventivo que no sean técnicamente justificados y estrictamente necesarios para precautelar la salud del paciente.
10. Procedimientos quirúrgicos o tratamientos con carácter estético.
11. Vacunas con excepción de las indicadas en el cuadro de beneficios.
12. Procedimiento considerado como experimental o investigativo, aprobado o no como definitivo dentro del territorio ecuatoriano e internacional por los organismos competentes y que no tenga relación al diagnóstico para el que fue desarrollado.
13. Excedentes por gastos o servicios por procedimientos médicos de alta tecnología, no aprobados ni autorizados por la Compañía, de lo que se hubiere reembolsado por efectuar el procedimiento mediante un método tradicional.
14. Lesiones o enfermedades causadas por una infracción penal dolosa y que ésta constituya la causa del siniestro, tales como pero no limitadas a: actos o actividades delictivas, riña o riña tumultuaria, guerra o acción de guerra declarada o no, rebelión, revolución, huelgas, asonadas, motín o conmoción civil, terrorismo, prestar servicio en una unidad policial o militar; así como aquellos grupos fuera de la ley.
15. Lesiones ocasionadas directa o indirectamente por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico o sus consecuencias.
16. Lesión o enfermedad causada a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o locura o inhalación o ingesta voluntaria de cualquier tipo de gas, o sustancia venenosa, estupefacientes o psicotrópicas.
17. Lesión accidental o enfermedad mientras se encuentre bajo los efectos del alcohol o en estado de embriaguez (de acuerdo a las disposiciones vigentes), uso impropio de cualquier droga recetada por un médico o enfermedad o lesión resultante de la adicción a cualquiera de tales drogas.
18. No se pagará, en un mismo día, el costo de cuarto diario y unidad de cuidados intensivos (UCI) o unidad de cuidados intermedios (UCIM).
19. En países que se encuentren bajo embargo económico, autorizado y reconocido por la Organización de Naciones Unidas, u otro organismo internacional.
20. Cuidados de custodia, curas de reposo o sueño o de convalecencia o casa de rehabilitación para cualquier condición.

21. Obesidad, control de peso, control dietético y reducción gástrica, cirugía bariátrica, consultas de nutricionista para control de peso y cualquier otro procedimiento o tratamiento de obesidad, o cualquier otro trastorno alimenticio. Tampoco se cubre ningún gasto relacionado con las consecuencias, efectos posteriores y complicaciones de los tratamientos relacionados con estas condiciones no cubiertas, salvo que la Compañía lo autorice y/o conste en el cuadro de beneficios de esta Póliza.

22. Gastos por alimentación parenteral o enteral ambulatoria no necesaria y médicamente justificada o aprobada por la Compañía previamente, drogas o medicinas no recetadas; remedios, vendajes, jeringas, instrumentos o utensilios, suplementos alimenticios, multivitamínicos; vitaminas o minerales, jabones, bloqueadores solares, termómetros, glucómetros, cremas humectantes y otros insumos que no son propiamente gastos médicos o que no estén relacionados y sirvan expresamente para tratamiento médico de una lesión accidental o de una enfermedad, salvo que la Compañía lo autorice y/o conste en el cuadro de beneficios de esta Póliza.

23 Diagnóstico, tratamiento y corrección de la refracción visual, incluyendo pero no limitándose a la queratotomía, queratoplastia, queratomeulosis y exímer láser por miopía, astigmatismo, hipermetropía, queratocono y presbicia. Así mismo los relacionados a la habilitación de lentes o de audífonos o cualquier otro tratamiento innovador para corregir defectos de la visión y/o audición, incluyendo prótesis externas o implantables del oído, salvo que la Compañía lo autorice y/o conste en el cuadro de beneficios de esta Póliza.

24. Tratamientos dentales y de las encías, con excepción de lo indicado en servicios cubiertos derivados de una lesión dental accidental de origen traumático o los indicados en el cuadro de beneficios. No se cubrirán en ninguna situación gastos derivados de la colocación de prótesis implantables o removibles.

25. Tratamientos de problemas en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes cráneo mandibulares, cirugía ortognática y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros, tejidos en esa articulación o coyuntura, de origen estético.

26. Cambio o modificación del género o sexo o reversión de los mismos. De igual forma tratamientos para revertir una esterilización previa, masculina o femenina; cualquier gasto relacionado con la impotencia sexual y los aparatos, medicamentos o cualquier otro tratamiento utilizados para este propósito; así como las complicación que se puedan derivar de este tipo de procedimientos.

27. Tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales, incluyendo pero no limitando a implantación de embriones in vitro, transferencia de embrión, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento y/o similares relacionados directa o indirectamente. Tampoco se cubren los cargos relacionados a las complicaciones asociadas con estos tratamientos, y secuelas directas o indirectas, tales como: hemorragias o abortos.
28. Cualquier medicamento utilizado para el control de la natalidad, aunque este fuere recetado con fines terapéuticos, tales como: anticonceptivos orales, parenterales, así como, materiales o dispositivos anticonceptivos o similares y los abortivos. Se excluye cualquier secuela, complicación relacionada con los mismos.
29. Terminación electiva no terapéutica del embarazo y sus complicaciones y consecuencias inmediatas y posteriores.
30. Maternidad y/o sus complicaciones de las hijas biológicas, hijastras o hijas adoptadas que sean dependientes elegibles del Asegurado.
31. Apnea del sueño, alopecia, senil o nerviosa, síndrome atencional, hiperkinesia o hiperactivismo, prueba para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, a menos que se encuentren especificadas en el cuadro de beneficios.
32. Medicina natural, holística, y ancestral o terapias complementarias que tiene su fundamento en las propiedades de auto curación de cualquier organismo vivo y que no se encuentre aprobada, registrada o aceptada por un comunidad médica científica.
33. Medicina deportiva así como cualquier prueba de diagnóstico.
34. Compra de un órgano, así como las extracciones y utilización de células madre en el recién nacido o de otra fuente humana o animal. Tampoco se cubrirá la investigación, exámenes, estudios de donantes potenciales a menos que hayan sido pre-autorizados y hasta lo establecido en el cuadro para gastos incurridos por donante de órganos.
35. Tratamientos de podiatría y otros aparatos de soporte para los pies, cuidado o tratamiento por pies planos; inestabilidad o desbalance de los pies, metatarso, callos callosidades o uñas enterradas, excepto aquellas que demuestren carácter infeccioso bacteriano o micótico.
36. Cirugía estética o cirugía reconstructiva o sus complicaciones, (excepto lo indicado en servicios cubiertos). Aplica para ambos sexos, la cirugía estética no se convierte en reconstructiva por razones de naturaleza psiquiátricas, psicológicas o autopercepción de imagen corporal.

37. Agrandamiento de las mamas o cualquier parte del cuerpo, las consecuencias o complicaciones relacionadas a este procedimiento, así como la reducción mamaria, la cual podría estar cubierta, siempre y cuando sea medicamente necesaria y la Compañía lo autorice.

38. Cambios de prótesis, salvo que la Compañía autorice en base al cuadro clínico del paciente, de acuerdo a cuadro de beneficios de esta Póliza.

39. Epidemias declaradas por el Ministerio de Salud o bien de la entidad homóloga en cualquier otro país donde el Asegurado se encuentre, salvo que se hallen específicas como cubiertas en el cuadro de beneficios de esta Póliza.

40. Pandemias declaradas por el Ministerio de Salud o bien de la entidad homóloga en cualquier otro país donde el Asegurado se encuentre.

41. Atención suministrada o servicios proporcionados por médicos y enfermera tituladas que sean parientes del Asegurado hasta el cuarto (4to) grado de consanguinidad, segundo (2do) grado de afinidad o por cualquier otro que conviva con el Asegurado.

42. Servicios o suministros de uso común en una casa, tales como: bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, acondicionadores de aire, equipo para la presión arterial, camas ortopédicas, colchones y almohadas antialérgicas y ortopédicas, bastones, muletas, equipo para inhaloterapias, tanques y administraciones de gases medicinales o cualquier dispositivo médico móvil y/o duradero, a menos que se establezca en el cuadro de beneficios de esta Póliza.

43. Exámenes de ADN, genética, screening o todo lo relacionado a estos procedimientos con carácter preventivo o que sirve para abrir un registro médico de un paciente.

44. Enfermedades producidas o agravadas cuando un Asegurado realice prácticas que atenten contra su salud, o que haga caso omiso a las recomendaciones médicas y por esta razón se produzca agravamiento o complicación de su estado de salud.

45. Servicios prestados en hospitales para procedimientos que pueden hacerse en centros médicos ambulatorios a menos que medicamente esté justificado.

46. Gastos en exceso sobre los cargos de tarifarios negociados por la Compañía o costos usuales razonables y acostumbrados, si el Asegurado utiliza un proveedor fuera de la Red de Proveedores PALIGMED.

47. Consultas médicas para emisión de certificados de salud para la realización de viajes, empleos, colegios o escuelas, aun cuando sean ordenadas por un médico.

48. Estudios, tratamiento o drogas relacionadas a deficiencia por la hormona de crecimiento y sus consecuencias.
49. Medicamentos recibidos en el cuarto de urgencias o emergencias para iniciar o continuar un tratamiento en casa bajo cobertura de servicio de cuarto de urgencias o emergencias, sino bajo cobertura ambulatoria, siempre y cuando sean elegibles bajo condiciones de esta Póliza.
50. Prótesis externas o implantes de oído; así como gastos por reposición de prótesis, ortesis fijas o removibles, a menos que se establezca en el cuadro de beneficios.
51. Internamiento para evitar la justicia, cuando el Asegurado está en conflicto con la Ley por un hecho delictivo o accidental y que no sea médicamente necesario bajo evidencia.
52. Cualquier recargo hecho por el hospital por uso de anesthesiólogos o especialistas que no sean de su organización, pertenezcan o no a la Red de Proveedores PALIGMED o que no tenga justificación médica para estos rubros. No se pagarán honorarios por los servicios de consulta de un cirujano o anestesista, adicionales, después del día en que se practica una operación hasta el día (8vo) octavo. No se pagarán honorarios por los servicios de manejo del dolor post operatorio, si no fuesen justificados y registrados por complejidad del diagnóstico del paciente y evaluado por la Compañía. No se pagará cualquier recargo de anesthesiólogo, cargos de honorarios por un asistente de cirujano o por un cirujano de relevo, salvo en las cirugías que así lo exigen y sean autorizadas por la Compañía.
53. Mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos especializados (sistemas de mantenimiento de vida) donde los demás sistemas del cuerpo están en estado letal y se use este mecanismo únicamente para el mantenimiento de signos vitales, o en algún caso de donante cadavérico.
54. Consultas médicas por segunda opinión no autorizadas por la Compañía en un periodo de tiempo que no justifique el diagnóstico.
55. Consultas médicas que se realicen a través de llamadas telefónicas u otro medio de comunicación, en el cual el médico no vea o examine personalmente al Asegurado.
56. Costos de transporte en ambulancia si su diagnóstico no justifica dicho servicio.

Vive la experiencia Asertec



¡Los mejores servicios para tu comodidad!



1-800 273783
ASERTEC

www.asertec.com.ec

ACCESO A CLIENTES



App Asertec Plus



WhatsApp
097 928 5909



Comunícate con un asesor
24 horas, 7 días a la semana



Accede a la información de tu
seguro, reclamos o cotizar
una póliza



Solventa tus dudas con un asesor
haciendo click en AserChat en
nuestra página web

Asesor de Servicio al Cliente

Si necesitas una atención personalizada comunícate con
tu Asesor de Servicio al Cliente:



Asistencia semanal o mensual de un
Asesor a las oficinas del Cliente, para
asistencia de dudas, consultas o
entrega de documentos.

En seguros
siempre a tu lado



ASERTEC
SEGUROS

Conoce más acerca de nosotros:

www.asertec.com.ec

Síguenos en:    /Asertec