

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

nuestra esencia es
humana

**¡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
Preautorización cirugías programadas	14
Inclusión de dependientes	14
Límites de edad	15
Exclusiones Seguro de Vida	15
Exclusiones Seguro de Asistencia Médica	17
Herramientas Tecnológicas	20

RESUMEN DE COBERTURAS

SEGURO DE VIDA

COBERTURAS	INDEMNIZACIÓN
Muerte por cualquier causa	\$ 100.000
Muerte y Desmembración Accidental	\$ 100.000
Incapacidad Total y Permanente	\$ 100.000
Anticipo por Enfermedad Terminal	\$ 50.000
Renta Mensual por alimentación (12 meses)	\$ 8.000
Gastos de sepelio	\$ 1.000
Gastos médicos por accidente	\$ 200

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
Monto máximo por incapacidad por persona	\$ 100.000
Deducible anual por persona vigencia del contrato	\$190
Límite de copago	\$15.000
Período de Incapacidad	Vigencia Contrato
Período de Presentación de Reclamos	90 días

COBERTURAS AMBULATORIAS	MONTO
Cobertura ambulatoria modalidad abierta, con aplicación de deducible	70%
Cobertura ambulatoria modalidad cerrada, con aplicación de deducible	80%
Cobertura ambulatoria en centros médicos de la REDCAM	90%
Consultas médicas preautorizadas en la REDCAM por especialidades básicas sin deducible	\$ 8,00

Consultas médicas preautorizadas en la REDCAM por subespecialidades sin deducible	\$ 12,00
Consultas médica de especialidad con la RED PREFERIDA PRACTIHUMANA a nivel nacional sin aplicación de deducible, valor copago	\$ 15,00
Consultas médica de especialidad con la RED PREFERIDA METROHUMANA a nivel nacional sin aplicación de deducible, valor copago	\$25,00
Tope de consulta médica ambulatoria (Quito y Resto de Provincias)	\$62,50
Tope de consulta médica ambulatoria (Guayaquil y Cuenca)	\$81,25

COBERTURAS MEDICINAS	MONTO
Cobertura de medicinas por reembolso, con aplicación de deducible.	80%
Cobertura de medicinas en Farmacias de la red (Pharmacys o Medicity y Farmacias Económicas) sin deducible con tope anual de crédito \$1.500	Genéricos 90% De marca 70%

COBERTURAS HOSPITALARIAS	MONTO
Hospitalización modalidad abierta, con aplicación de deducible	80%
Hospitalización modalidad cerrada, con aplicación de deducible	80%
Hospitalización en Hospital de los Valles, Novaclínica Santa Cecilia, Clínica Kennedy.	70%
Hospitalización en red direccionada de modalidad cerrada con aplicación de deducible	80%
Cuarto y alimento diario al 100%	\$ 210
Terapia Intensiva sin límite de días sin aplicación de deducible.	Acorde al % hospitalario
Cama de acompañante	\$50,00
Tabla de honorarios médicos	Metrohumana

EMERGENCIA POR ACCIDENTE	MONTO
Cobertura de emergencia por accidente al 100% sin deducible	\$ 10.000

MATERNIDAD	MONTO
Cobertura de maternidad al 80% con deducible	\$ 8.000
Cobertura de complicaciones de maternidad al 80% con deducible	\$ 8.000

COBERTURA PARA EMPLEADOS NUEVOS

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

Modalidad Abierta: Atenciones en proveedores 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.

IMPORTANTE: Las consultas médicas se cubren hasta:

Tope de consulta médica en Quito y resto del país \$ 62,50

Tope de consulta médica en Guayaquil y Cuenca \$ 81,250

Modalidad cerrada: Atenciones ambulatorias que tenga el asegurado dentro de las clínicas u hospitales que tienen convenio con HUMANA. La cobertura es bajo reembolso del 80% con aplicación de deducible.

RED CAM: Humana tiene convenio con centros médicos ambulatorios específicos en los cuáles accede a crédito ambulatorio, sin aplicación de deducible, de la siguiente forma:

PASOS PARA TENER UNA ATENCIÓN AMBULATORIA DENTRO DE LA RED

1. Buscar el proveedor al que desee acudir <https://humana.med.ec/directorio/>
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.

CONSULTAS MÉDICAS:

- Consultas médicas preautorizadas para Especialidades básicas: medicina familiar, medicina general, medicina interna, ginecología y pediatría, Valor copago \$8,00
- Consultas médicas preautorizadas en Centros de Atención Médica, Otras subespecialidades valor copago \$12,00

EXÁMENES DE IMAGEN, DE LABORATORIO Y FISIOTERAPIA

- El centro médico valida el pedido médico con la aseguradora y procede a emitir el crédito, es decir que usted paga el 20% del costo

MEDICINAS

Usted puede adquirir su medicación en Fybeca, Cruz Azul, Farmacias Económicas y Sana Sana presentando su receta médica e identificándose como asegurado de Humana. Aplica de la siguiente manera:

- Vademecum A (medicamentos genéricos) paga el 10% de los medicamentos que tienen cobertura.
- Vademecum B (medicamentos de marca) paga el 30% de los medicamentos que tienen cobertura.
- Tiene un tope de crédito de \$1.500 al año póliza. En caso de que consuma el total del cupo el resto de los medicamentos tendrá que presentarlos a reembolso con aplicación de deducible, le reembolsarán el 80%

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.

ATENCIONES HOSPITALARIAS



Hospitalizaciones por más de 24 horas



Cirugías Programadas



Procedimientos quirúrgicos

Modalidad abierta: Hospitalizaciones en clínicas y hospitales 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.

Modalidad cerrada y red direccionada: 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 <https://humana.med.ec/directorio/>
 Modalidad cerrada: Cobertura del 80% con deducible.
 Red direccionada: Cobertura del 80% con deducible.
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
4. Se activa el crédito hospitalario al 100%: 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 no tiene que pagar ningún valor.
5. Cuarenta y cinco (45) días después de su hospitalización le llegará una nota de cobranza a través de Recursos Humanos con los rubros: Deducible (si no lo ha cubierto aun en el año), copago y gastos no cubiertos.

6. El pago de la nota de cobranza lo coordina usted directamente con Recursos Humanos.

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

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



Vómito o diarrea severas



Desmayos



Infarto al corazón



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

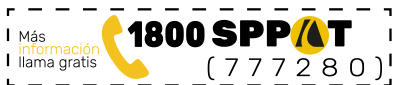
Cobertura: Al 100% sin deducible hasta \$10.000 siempre y cuando acuda a la sala de emergencias dentro de las primeras 24 horas desde que ocurrió el accidente.

ACCIDENTES DE TRANSITO



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.
- En emergencia por accidente: Si los gastos generados en la sala de emergencias superan los \$10.000, el excedente se cubre como cualquier incapacidad hasta \$100.000 con aplicación de deducible y copago.

MÉDICO A DOMICILIO



Visitas médicas a domicilio por parte de médicos dentro de los límites establecidos, con un costo de \$10.00 (No reembolsables) para los asegurados:

CENTRAL OPERATIVA
1800 486262

AMBULANCIA

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



Ambulancia terrestre modalidad cerrada, mediante crédito llamando al 1800 486262 hasta \$200.

Ambulancia terrestre modalidad abierta hasta \$500 vía reembolso.

Ambulancia Aérea o Fluvial, por reembolso, sin aplicación de deducible hasta \$3.500.

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 anestesiólogo.
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.

CÓMO PRESENTAR UN REEMBOLSO

Se pagarán los beneficios detallados a continuación:

MATERNIDAD

Cobertura de maternidad, que incluye el período de gestación, el evento del parto y las complicaciones que se presenten en el embarazo o parto. Se cubrirá únicamente a la titular, cónyuge o conviviente o que tenga con el titular una unión de hecho legalmente reconocida, siempre y cuando el beneficiario se encuentre cancelando la tarifa correspondiente. La cobertura es al 80% con deducible hasta:

Cesárea	\$ 8.000
Parto normal	\$ 8.000
Aborto no provocado	\$ 8.000

Para nuevas inclusiones no se cubren maternidades en curso, deberán superar un periodo de carencia de 60 días para el inicio de la maternidad.



Cobertura de maternidad para titulares que se encuentran bajo la modalidad de Titular Sola (TS) o Titular más 1 dependiente (T1), siempre y cuando se cambie al inmediato superior de TS a T1 y de T1 a TF, máximo hasta los 90 días de iniciado el embarazo, con pago retroactivo de prima desde el inicio del embarazo, sino se realiza este cambio en este plazo la maternidad no tendrá cobertura. En caso de presentarse un embarazo múltiple (incluso gemelar) el cambio de tarifa deberá realizarse a Titular más Familia (TF). Si la afiliada presenta un aborto antes de la notificación del embarazo (90 días), no será necesario el cambio de tarifa para la cobertura.

Controles prenatales que incluyen consultas médicas y exámenes de diagnóstico. Esta cobertura aplica para embarazos diagnosticados en período de carencia, con aplicación de deducible, se aplican porcentajes de cobertura de atención ambulatoria profesional, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso hasta \$400

Cobertura para prevención dental en periodo de maternidad; este valor está dentro del monto de maternidad sin aplicación de deducible y de acuerdo al coaseguro que se aplica en la cobertura

CONTROL DE NIÑO SANO

Los dependientes neonatos estarán incluidos desde el primer día de nacidos sin que necesariamente la maternidad haya sido cubierta por el contrato, para lo cual el titular deberá reportar dentro de los primeros 30 días luego del nacimiento la inclusión de dicho dependiente, presentando el certificado de nacido vivo o partida de nacimiento. Para los recién nacidos cuya maternidad no esté cubierta, deberán superar los periodos de carencia para la cobertura de preexistencias.



Cobertura de control del niño sano sin períodos de carencia de acuerdo a la siguiente tabla:

- Una consulta mensual hasta los 12 meses;
- Una consulta trimestral hasta los 36 meses;
- Una consulta semestral hasta los 60 meses.

El valor de la consulta a reconocer será de acuerdo al plan contratado al 100% en modalidad cerrada y al 100% en modalidad abierta sin aplicación de deducible.

Vacunas bajo control del niño sano al 80% sin aplicación de deducible hasta los 5 años de edad, hasta \$80 por dosis.

APARATOS ORTOPÉDICOS

Zapatos y plantillas ortopédicas: Cobertura de zapatos y plantillas ortopédicos para niños, medicamento justificados con copago y deducible, máximo 2 pares al año, hasta: \$100.000

Medias elásticas: Medias elásticas para titulares y dependientes cónyuges medicamento requeridas, al 100% sin aplicación de deducible hasta. \$300



Aparatos: Alquiler y/o compra de aparatos ortopédicos y órtesis para titulares y dependientes medicamento necesarios con copago y deducible hasta, \$100.000

Alquiler y/o compra y/o reemplazo de muletas y silla de ruedas, para restablecer la funcionalidad por una lesión a consecuencia de un diagnóstico cubierto por este contrato al 100% sin aplicación de deducible hasta \$500

PRÓTESIS



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. No se cubren cambios ni reemplazos. Cobertura para titulares y dependientes, al 80%. Hasta \$10.000

Prótesis quirúrgicamente necesarias, no se cubren recambios y/o reemplazo medicamente necesarios, cobertura para titulares y dependientes, monto tope por una o varias prótesis, acorde al porcentaje hospitalario.

EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES



Extracción de terceros molares al 100% sin aplicación de deducible, una vez al año contrato, sólo cobertura de procedimiento de extracción, hasta monto tope \$150 (por cada molar).

TRASPLANTE DE ÓRGANOS



Cobertura de trasplante de órganos, al 80% con deducible hasta \$100.000. Gastos médicos para el donante vivo, se aplican porcentajes de cobertura de Atención Hospitalaria u Ambulatoria profesional, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso hasta \$5.000. No se cubre la compra de órganos, ni el transporte.

CUIDADOS PALIATIVOS



Cuidados paliativos y/o de largo plazo domiciliarios o no domiciliarios, al 80% con aplicación de deducible, 3000 al año o 100 diarios

ATENCIÓNES MENTALES



Atención de enfermedades psiquiátricas de base orgánica ambulatoria y/o hospitalaria. Cobertura anual como cualquier incapacidad hasta \$100.

Apoyo psicológico en hospitalización incluyen curas de reposo.
Cobertura anual como cualquier incapacidad hasta \$100

CIRUGIAS ESPECIALES

Cirugía robótica siempre y cuando sea aprobada por el MSP hasta \$1.000



Cirugía reconstructiva y rehabilitación en caso de enfermedades oncológicas, incluye implantes, con aplicación de deducible, se aplican porcentajes de cobertura de atención hospitalaria profesional, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso \$10.000

Solo se darán coberturas nasales por accidente comprobado, la atención debe ser ese momento, no se dará cobertura a cirugías programadas.

VITAMINAS, ALÉRGENOS Y VACUNAS



Cobertura de Vitaminas para titulares y dependientes siempre y cuando sean parte del tratamiento de una incapacidad cubierta por este contrato, pagaderos como cualquier incapacidad, vía reembolso. No se cubre medicina inmunoestimulante o inmunomoduladora.

Cobertura de alérgenos, para titulares y dependientes, cuando sean parte del tratamiento de una incapacidad cubierta por este contrato y cuando sean prescritas por un médico vía reembolso, se cubre pruebas de alergia.

EXÍMER LÁSER



Se cubre cirugía de Exímer Láser como cualquier incapacidad para titulares y dependientes a partir de las 5,5 dioptrías por cada ojo y diagnóstico, donde Humana lo indique, con previa autorización hasta \$100.000 por cada ojo y diagnóstico.

Ayuda Visual (cristales ópticos y marcos), una vez al año, para

titulares y dependientes, bajo prescripción médica, no cheques masivos, al 100%, hasta \$80.

NUTRICIÓN



Cobertura de Nutricionista por factores de riesgo de salud hasta el tope de consulta como cualquier incapacidad. 2 al año vigencia del contrato.

DIÁLISIS



Diálisis y hemodiálisis domiciliaria y no domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria, con aplicación de deducible se aplican porcentajes de cobertura de atención hospitalaria u ambulatoria profesional, de modalidad abierta o cerrada, según sea el caso hasta \$10.000.

TERAPIAS



Cobertura de terapias (lenguaje, físicas, respiratorias, cardíacas, neurológicas, cognitivas, de choque y terapias del dolor) médicamente necesarias de acuerdo a la pertinencia medica hasta. (en caso de que sean requeridas más de 30 terapias, será analizado por auditoría médica para su aprobación): 30 terapias por incapacidad, \$35 cada una.

TIRILLAS



Cobertura de 60 tirillas reactivas mensuales como cualquier incapacidad.

MEDICINA ALTERNATIVA



Cobertura de consultas sesiones y terapias para medicina alternativa como homeopatía, acupuntura, moxibustión, siempre y cuando sean médicos aceptados por la Autoridad Sanitaria Nacional. Se cubre medicamentos homeopáticos y bioenergéticos siempre y cuando sean prescritos por médicos aceptados por el Autoridad Sanitaria Nacional, con registro sanitario y que sean comercializados por establecimientos (farmacias o laboratorios) autorizados. Se dará cobertura hasta 4 sesiones por mes por incapacidad.

COBERTURA DERMATOLÓGICA

Cobertura de Acné: consulta médica y medicamentos vía reembolso; no se cubre soluciones, preparados, shampoos, jabones, gel, protector solar, cremas y/o tratamientos que no sean curativos, pagaderos como cualquier incapacidad.



Para el tratamiento de todas las enfermedades dermatológicas incluyendo vitigilio, rosácea, acné seborreico, sólo se otorgará cobertura a productos que tienen fines curativos. No se cubrirán preparados dermatológicos no medicados, emolientes, humectantes, despigmentantes, bloqueadores solares, productos de aseo general, etc.

LECHE MEDICADA



Cobertura leche medicada bajo prescripción médica, para menores de 15 años al 80% con deducible hasta \$1.000

SEPELIO



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

Examen Pap Test – Papanicolaou (incluye consulta), para titulares y cónyuges, una vez al año como chequeo sin diagnóstico, al 100%, sin aplicación de deducible hasta \$60

Mamografía bilateral de control, para titulares y cónyuges, una vez al año, a partir de los 40 años de edad, como chequeo sin diagnóstico, al 100% sin aplicación de deducible hasta \$60



Examen Antígeno Prostático (incluye consulta médica de control), para titulares y cónyuges, una vez al año, a partir de los 40 años de edad, como chequeo sin diagnóstico, al 100% sin aplicación de deducible, hasta \$60

Cobertura de Ligaduras y Vasectomías para titulares y dependientes cónyuges, al 80% con aplicación deducible hasta, \$100.000

PREAUTORIZACIÓN DE CIRUGIAS

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.

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. Patologías médicas, enfermedades o afecciones preexistentes no declaradas al momento de la inclusión de un beneficiario al contrato. Cuando la patología principal sea preexistente no declarada, quedan excluidas todas aquellas otras patologías relacionadas con ella

2. Servicios, prestaciones, procedimientos de diagnóstico y tratamientos que no cuenten con evidencia científica internacional suficiente o medicina basada en evidencia

3. Maternidades en curso al inicio de la vigencia del contrato o a la inclusión de un beneficiario en el mismo

4. Lesiones o afecciones causadas directa o indirectamente por acciones

catastróficas de la naturaleza, tales como pero no limitado a: terremoto, temblor de tierra, erupciones volcánicas, tifón, huracán o desastres colectivos tales como: energía atómica, fumigación global o indiscriminada, exposición o radiación nociva o envenenamiento, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.

5. Lesiones o enfermedades sufridas en casos de guerra declarada o no, conmoción civil, revolución, participación en huelgas y motines, actos de terrorismo.

6. Enfermedades, complicaciones y patologías conexas que hubieran sido declaradas como epidemias o pandemias por el Ministerio de Salud Pública

7. Prestaciones de salud dental, extracciones, obturaciones y/o tratamientos dentales y/o maxilofaciales en general, así como afecciones alveolares o gingivales, salvo que se originen en accidentes ocurridos durante la vigencia de este contrato y siempre que exista, dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, una valoración médica por un centro de salud acreditado por la Autoridad Sanitaria Nacional.

8. Gastos por servicios médicos prestados, no inherentes a, o no necesarios para el diagnóstico de una enfermedad, de acuerdo con la Guía Práctica Clínica.

9. Transporte de enfermos en vehículos que no sean los de servicio de ambulancia legalmente autorizada para el efecto.

10. Las consultas y tratamientos para curaciones psiquiátricas o psicológicas de carácter no orgánico, cuidado o períodos de cuarentena o aislamiento, curas de reposo.

11. Consulta y tratamiento de enfermedades mentales, nerviosas y/o estrés. Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo o clínicas de ancianos y otros similares.

12. Tratamiento de lesiones o enfermedades ocurridas o desencadenadas al encontrarse el beneficiario en estado de enajenación mental, o bajo el efecto de estupefacientes, sustancias psicotrópicas, alcohol o drogas, o sufridas como producto de la participación activa en actos calificados como delitos. Daños causados a sí mismo estando o no en uso de sus facultades mentales.

13. Ingesta o uso en atención ambulatoria de: vitaminas, minerales, alérgenos, tranquilizantes, sedantes, neurolépticos, estimulantes del apetito, anoréxicos,

jabones, filtros solares, champús, alimentos para bebés, medicamentos homeopáticos, medicamentos bioenergéticos, medicamentos sin registro sanitario y otros similares.

14. Consultas, terapias, medicamentos y tratamientos de medicina ancestral, quiroprácticos y bioenergéticos.

15. Pruebas de sensibilidad y tratamientos inmunológicos en general.

16. Consultas, tratamientos o terapias dermatológicas, incluidas todas las formas de acné.

17. Consultas, tratamientos y procedimientos estéticos y sus secuelas o complicaciones.

18. Consultas y tratamientos de o por infertilidad en general, al igual que prestaciones realizadas en centros especializados de infertilidad, sus secuelas o complicaciones.

19. Abortos y sus consecuencias que se hayan realizado de manera ilegal.

20. Consulta y tratamiento de rehabilitación por alcoholismo, drogadicción y otras adicciones.

21. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos, así como los marcos, cristales ópticos, lentes de contacto y audífonos.

22. Cirugía correctiva y/o láser y terapia de agudeza visual como tratamientos de miopía, astigmatismo e hipermetropía u otros sin pertinencia médica y evidencia científica.

23. Compra de muletas, aparatos ortopédicos, bastón, andador y órtesis, plantillas, suspensorios, cabestrillos, zapatos ortopédicos; como también de equipos médicos duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física y respiratoria; así también, costos de adaptación de vehículos, cuartos de baños y residencias; prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios o médicamente pertinentes.

24. Cirugía plástica de carácter estético.

25. Consultas, exámenes, tratamientos ambulatorios u hospitalizaciones relacionados con delgadez, obesidad, sobrepeso, talla corta, retardo de crecimiento, enanismo, alopecia, rinoplastia o rinoseptoplastia, terapia láser dermatológica que no tengan evidencia científica.

26. Gastos adicionales de acompañantes en clínicas y hospitales.

27. Atención particular de enfermería siempre que no forme parte de cuidados

paliativos.

28. Tratamiento médico realizado por parte de un familiar del CONTRATANTE o beneficiario hasta segundo grado de consanguinidad y de afinidad, y cualquier autoterapia, incluyendo auto prescripción de medicamentos, sus secuelas y complicaciones derivadas del mismo. HUMANA no restituirá los valores de facturas propias de beneficiarios que sean propietarios de farmacias y casas de asistencia médica, así como facturas correspondientes a gastos no especificados en este contrato.

29. Lesiones derivadas de u ocurridas en la práctica profesional de deportes de alto riesgo como, pero no limitado a: acrobacia, alpinismo, andinismo, boxeo, equitación, bungee jumping, motociclismo, hockey (césped, hielo, ruedas), carreras de automóviles, artes marciales, levantamiento de pesas, esquí (acuático y en nieve), motonáutica, paracaidismo y parapente, karting, rapel, surf, lucha, vela, rafting y ciclismo de competencia.

30. Complicaciones relacionadas con cirugías estéticas y tratamientos dentales no cubiertos bajo este contrato.

31. Trasplantes experimentales y gastos del donante.

32. Enfermedades que no causen incapacidad funcional tales como hiperhidrosis y/o similares.

33. Cualquier gasto de diagnóstico y tratamiento de reversión de una esterilización, cambio o transformación de género, control de la natalidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual

34. Almacenamiento y tratamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical u otro tipo de tejido o célula.

35. Enfermedades preexistentes conocidas y no declaradas por el beneficiario a la fecha de inicio de vigencia del contrato o de su inclusión al mismo.

36. Insumos hospitalarios como mantas.

Vive la experiencia Asertec



¡Los mejores servicios para tu comodidad!



1-800 273783 ^{24/7}
ASERTEC

www.asertec.com.ec

SEGUROS EN LÍNEA

Cotiza tu seguro en 3 pasos con

Asershop
by Asertec

AserMed 24/7



App Asertec Plus



WhatsApp Corporativo
097 928 5909



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



Accede a la información de tu
seguro, reclamos o cotiza
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