

Instructivo de Vida y Asistencia Médica



Con el respaldo de:
nuestra esencia es
humana

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



Índice

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	13
Inclusión de dependientes	14
Límites de edad	15
Exclusiones Seguro de Asistencia Médica	15
Herramientas Tecnológicas	19

Vigencia de la póliza: 1 de abril 2022 hasta el 31 de marzo 2023

- Vademecum A (medicamentos genéricos) paga el 30% 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 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 60% 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 <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.

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 \$300 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 \$300, el excedente se cubre como cualquier incapacidad hasta \$4.000 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 (solo para Quito y Guayaquil):

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 \$400

Ambulancia terrestre modalidad abierta hasta \$400 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 100% sin deducible hasta:

Cesárea	\$600
Parto normal	\$600
Aborto no provocado	\$600



Complicaciones del parto como monto adicional (siempre y cuando el evento del parto este cubierto) hasta \$600.

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 principal de maternidad 2 consultas durante el embarazo.

CONTROL DE NIÑO SANO

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 \$60 por dosis.

APARATOS ORTOPÉDICOS

Zapatos y plantillas ortopédicas: Cobertura de zapatos y plantillas ortopédicos , medicamento justificados al 100% sin deducible, máximo 2 pares al año. hasta: hasta: \$260

Medias elásticas: Medias elásticas para titulares y dependientes cónyuges medicamento requeridas, al 100% sin aplicación de deducible hasta. \$1200



Aparatos: Alquiler y/o compra de aparatos ortopédicos y órtesis para titulares y dependientes medicamento necesarios al 100% sin aplicación de deducible hasta, \$600

Alquiler y/o compra y/o reemplazo de muletas y silla de ruedas, para restablecer la funcionalidad por una lesión a consecuencia de un diagnostico cubierto por este contrato al 100% sin aplicación de deducible hasta \$600

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 100%. Hasta \$2.700

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 \$100 (por cada molar).

TRASPLANTE DE ÓRGANOS



Cobertura de trasplante de órganos, al 80% con deducible hasta \$4.000. 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 \$2.000. 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, límite máximo de 30 días cobertura diaria hasta \$100

ATENCIÓNES MENTALES



Atención psiquiátrica, se aplican porcentajes de cobertura de atención hospitalaria u ambulatoria profesional, según el caso límite máximo de cobertura anual hasta \$50

Apoyo psicológico hospitalización con aplicación de deducible, se aplican porcentajes de cobertura de atención hospitalaria u ambulatoria profesional, según el caso, límite máximo de cobertura anual hasta \$50

CIRUGIAS ESPECIALES

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 \$400



Cobertura desviación del tabique nasal siempre y cuando sea por accidentes ocurridos durante la vigencia del Contrato y no estéticas que tengan cobertura de HUMANA, o por problema funcional aprobado por Auditoría Médica de HUMANA (el beneficiario deberá presentar placa e informe). Las Cirugías Nasales no pre-autorizadas no tendrán cobertura. Cobertura hasta \$1.400

Cirugía de venas varicosas como cualquier incapacidad, se cubrirá previa presentación de Eco Doppler. Se dará cobertura de escleroterapia hasta \$500.

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 4,5 dioptrías por cada ojo y diagnóstico, donde Humana lo indique, con previa autorización como cualquier incapacidad por cada ojo y diagnóstico.

DÍALISIS



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) medicamente necesarias de acuerdo a la pertinencia medica hasta \$35 cada terapia.

TIRILLAS



Cobertura de 60 tirillas reactivas mensuales como cualquier incapacidad.

MEDICINA ALTERNATIVA



Cobertura de consultas, sesiones o terapias de medicina alternativa con homeópatas, acupunturistas y/o moxibustión; siempre y cuando sean brindadas por Médicos reconocidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. Se cubren medicamentos homeopáticos siempre y cuando sean prescritos por dichos médicos, tengan registro sanitario ecuatoriano y sean comercializados por establecimientos (farmacias o laboratorios) autorizados. Cobertura aplica como cualquier incapacidad.

LECHE MEDICADA



Cobertura leche medicada bajo prescripción médica, para menores de 12 años al 80% con deducible hasta \$800

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 100% sin aplicación deducible hasta, \$1.500

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: Los afiliados tendrán la cobertura del plan contratado (máximo por incapacidad y porcentajes de restitución) hasta los 69 años 11 meses y 29 días en los porcentajes definidos en el Anexo A, Descripción del Plan Contratado.

A partir de los 70 años en adelante el límite máximo por incapacidad se reduce al 50%.

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 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:



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