



ASERTEC



Instructivo de Asistencia Médica y Vida Plan Grupo 2



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!



**Ten al alcance de tus manos toda la información de tu
póliza de Asistencia Médica y Vida**

Índice

1. Seguro de Vida	1
2. Seguro de Asistencia Médica	1
2.1 Atenciones Ambulatorias	3
2.2 Atenciones Hospitalarias	4
2.3 Cobertura en caso de Emergencia	5
2.4 Cómo presentar un reembolso?	8
3. Herramientas Tecnológicas	9

Vigencia de la póliza: 1 de enero 2020 al 31 de diciembre 2020

Seguro de Vida

COBERTURAS	INDEMNIZACIÓN
Muerte por cualquier causa	\$10.000
Muerte y Desmembración Accidental	\$10.000
Incapacidad Total y Permanente	\$10.000
Anticipo por Enfermedad Terminal	30% 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	MONTO
Coberturas Generales	
Límite máximo por incapacidad	\$ 200.000
Deducible local año calendario	\$ 150
Deducible por evento hospitalario	\$ 150
Período de incapacidad	365 días
Período de presentación de reclamos	90 días

Coberturas Ambulatorias

Cobertura ambulatoria libre elección con deducible	80%
Cobertura ambulatoria Red Paligmed SELECT sin deducible	90%
Cobertura ambulatoria Red Paligmed ESSENTIAL sin deducible	90%
FEE de consulta médica en la Red Paligmed ESSENTIAL	\$10
Tope de consulta médica Quito y Resto del país	\$ 40,00
Tope de consulta médica Guayaquil y Cuenca	\$ 50,00

Coberturas Hospitalarias

Cobertura hospitalaria libre elección con deducible	80%
Cobertura hospitalaria Red Paligmed con deducible	80%
Cobertura hospitalaria Red Paligmed Essential con deducible	90%
Cobertura hospitalaria Red Selecta (grupo cirugías) sin deducible	90%
Cuarto y alimento diario al 100%	\$ 120
Unidad de cuidados intensivos diarios	Según cobertura hospitalaria
Máximo de días por habitación	Sin límite
Cama de acompañante	\$ 30

Emergencia por accidente

Cobertura de emergencia por accidente al 100% sin deducible	\$ 300
---	--------

Maternidad

Cobertura de maternidad al 80% con deducible	\$ 4.000
Período de carencia para el inicio de la maternidad	60 días

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.

ATENCIONES 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:

Topo de consulta médica en Quito y resto del país	\$ 40,00
Topo de consulta médica en Guayaquil y Cuenca	\$ 50,00

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 \$10, 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 Pharmacies 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 el crédito 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

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 **80%** 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 90% con deducible.
Red hospitalaria SELECTA (Solo cirugías): Cobertura del 90% sin 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
 - 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 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 y ASERTEC para cruzar el valor cancelado directamente en la clínica.

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



Vomito 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 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 **\$300 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 **\$300**, el excedente se cubre como cualquier incapacidad hasta **\$200.000** 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: \$100** 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 \$3.000** 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.

CANALES DE ATENCIÓN AL CLIENTE



Contact Center

Accede a atención personalizada las 24 horas del día. Tendrás toda la información de tu póliza, reportar un siniestro o solicitar asistencia.



App Asertec Plus

Para tener al alcance de tu mano la información de tu seguro, tus reclamos o cotizar una póliza.



Sistema Web

En el sistema web Seguros en Línea encontrarás toda la información de tu seguro y de tus reclamos.



Aserchat

Chat en línea, donde podrás comunicarte con nuestros asesores desde cualquier dispositivo.



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

Conoce más acerca de nosotros:

www.asertec.com.ec 

Corresponsales de:

Willis Towers Watson