

# Instructivo de Vida y Asistencia Médica



Con el respaldo de:



# Índice

---

Seguro de Vida	1
Seguro de Asistencia Médica	1
Atenciones Ambulatorias	3
BMI 360	4
Atenciones Hospitalarias	4
Cobertura en caso de Emergencia	5
¿Cómo presentar un reembolso?	7
Beneficios Adicionales	8
Inclusión de dependientes	11
Límites de edad	12
Exclusiones Seguro de Vida	13
Exclusiones Seguro de Asistencia Médica	14
Herramientas Tecnológicas	17

**Vigencia de la póliza:** 1 de mayo 2022 al 30 de abril 2023

---

# RESUMEN DE COBERTURAS

## SEGURO DE VIDA

COBERTURAS	INDEMNIZACIÓN
Muerte por cualquier causa	28 salarios Mín \$3.000 Máx \$170.000
Muerte y Desmembración Accidental	28 salarios Mín \$3.000 Máx \$170.000
Incapacidad Total y Permanente	28 salarios Mín \$3.000 Máx \$170.000
Anticipo por enfermedad terminal	50% de la indemnización de Muerte por Cualquiera 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	\$ 20.000
Límite de copago por incapacidad	\$15.000
Deducible por año contrato por afiliado	\$ 120
Máximo 3 deducibles por grupo familiar	
Período de incapacidad	365 días
Período de presentación de reclamos	90 días
COBERTURAS AMBULATORIAS	MONTO
Copago por incapacidad ambulatoria en Centro de Especialidades Médicas UTPL	80%
Copago por incapacidad ambulatoria en otros prestadores	50%
Medicinas ambulatorias en farmacia del Hospital UTPL	80%
FEE por consulta médica en Centro de Especialidades Médicas UTPL	\$12
Cobertura de medicinas	80%
Tope de consulta médica	\$40

<b>COBERTURAS HOSPITALARIAS</b>	<b>MONTO</b>
Copago por incapacidad hospitalaria en Hospital UTPL	90%
Copago por incapacidad hospitalaria en otros prestadores	60%
Cuarto y alimento diario al 100%	\$ 200
Unidad de cuidados intensivos diarios	Según cobertura hospitalaria
Máximo de días por habitación	240 días
Cama de acompañante	\$ 50
Tabla de honorarios médicos	Metropolitano
<b>EMERGENCIA POR ACCIDENTE</b>	<b>MONTO</b>
Cobertura de emergencia por accidente al 100% sin deducible	\$ 1.500
Emergencia en el exterior al 100% con deducible de \$150 por viaje	\$ 20.000
Máximo de días por viaje	30 días
<b>MATERNIDAD</b>	<b>MONTO</b>
Cobertura de maternidad con aplicación de copago y deducible	\$ 1.500
Período de carencia para el inicio de la maternidad	60 días

## COBERTURA PARA EMPLEADOS NUEVOS:

La cobertura empezará después de que se cumplan los días contados desde su ingreso a la póliza:

- 30 días carencia para atenciones ambulatorias
- 90 días carencia para atenciones hospitalarias

La cobertura aplica desde el primer día para:



Accidentes



Enfermedades  
Infecciosas

## 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 50% después de que haya cubierto su deducible del año póliza.

**IMPORTANTE:** Las consultas médicas se cubren hasta:

Tope de consulta médica \$ 40,00

**Cobertura dentro de la red:** Atenciones ambulatorias en el Centro de Especialidades Médicas UTPL

### PASOS PARA TENER UNA ATENCIÓN AMBULATORIA DENTRO DE LA RED

1. Llamar al Centro de Especialidades Médicas UTPL y agendar su cita.
2. Acudir puntualmente a la cita médica llevando su cédula y tarjeta del seguro.
3. Paga el valor de copago que corresponde:

#### CONSULTAS MÉDICAS

Consulta médica general o de especialidad pagando \$12,00 por la primera consulta. Las consultas subsecuentes son 100% asumidas por el asegurado sin posibilidad de reembolso.

#### MEDICINAS

Se adquiere la medicación necesaria en la farmacia del Hospital UTPL pagando únicamente el 20% sin aplicación de deducible. La compra de medicinas en otras farmacias se realiza a reembolso con aplicación de deducible al 80%.

#### EXÁMENES SIMPLES

Exámenes de laboratorio, RX y ecos simples de acuerdo a diagnóstico y cuando sea médicamente necesario sin aplicación de deducible pagando únicamente el 20%.

#### PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS

Para endoscopias, colonoscopias, tomografías, resonancias, curaciones y electrocardiogramas que sean médicamente necesarios no cancela ningún valor en ese momento y posteriormente le descontarán de su rol de pagos el 20% del costo de la atención. Aplica deducible.

#### OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Otros procedimientos médicos y medicinas derivadas del Centro Médico UTPL realizados fuera del mismo se deben tramitar bajo reembolso con aplicación de deducible y la aseguradora realiza el reembolso del 50%.

#### IMPORTANTE:

No aplica crédito ambulatorio para atenciones por oftalmología, debe presentar por reembolso. En odontología no aplica de esta forma, sino como se tiene establecido en el plan dental, descrito más adelante.

## 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 60% después de que haya cubierto su deducible del año póliza.

**Cobertura dentro de la red:** Hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos realizados en el Hospital UTPL.

### PASOS PARA TENER UNA ATENCIÓN HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED

1. Acudir al Hospital UTPL llevando los documentos indispensables:
  - Cédula original
  - Tarjeta del seguro
  - Formulario Solicitud de Reembolso original firmado y sellado por Recursos Humanos.
2. Se activa el crédito hospitalario al 100%: El Hospital UTPL 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.
3. 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.
  - Cobertura en el Hospital UTPL: 90% con deducible.
  - Cobertura en otros prestadores de la red: 60% con deducible.
4. El pago de la nota de cobranza lo coordina usted directamente con Recursos Humanos.

### IMPORTANTE:

Para los diagnósticos presentados de atención hospitalaria y que no puedan ser tratados en el Hospital UTPL, la Dirección Médica de dicha institución emitirá un certificado donde se detalle esta condición, de tal manera que el cliente pueda dirigirse a cualquier proveedor a tratar los diagnósticos a costos razonables y acostumbrados del medio ecuatoriano una vez aplicado deducible y copago al 80%.

El documento que habilita el crédito hospitalario es el Formulario de Solicitud de Reembolso 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:** La cobertura será en el Hospital UTPL con crédito al 100%. Posteriormente le llegará una nota de cobranza en la cual usted asumirá el 10% y el deducible en caso de que no haberlo cubierto antes. Si la atención es en otro prestador se cubre bajo reembolso al 50% con aplicación de deducible.

### EMERGENCIA POR ACCIDENTE

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



Golpes



Contusiones



Fracturas



Torcerduras



Cortaduras



Quemaduras

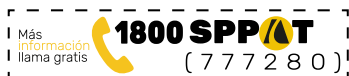
**Cobertura:** Al 100% sin deducible hasta \$1.500 siempre y cuando acuda a la sala de emergencias dentro de las primeras 48 horas desde que ocurrió el accidente.

## 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.
- En emergencia por accidente: Si los gastos generados en la sala de emergencias superan los \$1.500, el excedente se cubre como cualquier incapacidad hasta \$20.000 con aplicación de deducible y copago.

## AMBULANCIA



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

Ambulancia terrestre vía reembolso hasta \$100 por evento. Cobertura de ambulancia aérea bajo reembolso siempre y cuando esté en alto riesgo la vida del paciente hasta \$3.000, previa coordinación con BMI y Asertec.



## 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:

### PLAN DENTAL



Usted y sus dependientes tienen acceso a un plan dental el cual tiene cobertura únicamente en el Hospital UTPL. NO aplica ningún gasto a reembolso ni en otros prestadores.

#### Beneficios

Diagnóstico y Prevención
Operatoria
Restauraciones
Odontopediatría
Endodoncias - Prótesis - Cirugía oral
Ortodoncia

#### Cobertura

90%
70%
60% - 80%
80%
50%
40%

Para conocer a detalle los costos de cada procedimiento cubierto por el plan dental puede comunicarse con Katherine Chalco, Coordinadora de Servicio al Cliente.

### MATERNIDAD

Cobertura para chequeos prenatales, parto normal, cesárea o aborto no provocado hasta \$ 1.500 por embarazo, con copago y deducible

Complicaciones de maternidad hasta \$1.500 con copago y deducible.

Complicaciones del recién nacido hasta \$50.000 con copago y deducible.



Para acceder al beneficio debe reportar el embarazo antes de las 12 semanas de gestación, presentando un certificado médico con la Fecha de Última Menstruación. En caso de encontrarse ya en la categoría de titular más familia no es necesario notificar el embarazo. En caso de titulares solas se realiza el cambio de categoría de titular sola a titular más familia y se realiza el cobro de tarifas desde el inicio de maternidad.

Tiempo de carencia 60 días para nuevas inclusiones.

## VITAMINAS, ALÉRGENOS Y VACUNAS



Vitaminas y alérgenos, siempre y cuando sean parte de una incapacidad con aplicación de deducible y copago.

Las vacunas a continuación detalladas: BCG, DTP, SARAMPION, PVO, HEPATITIS A, HEPATITIS B, FIEBRE AMARILLA y MENINGITIS con aplicación de deducible y copago

## LECHE MEDICADA



Leche Medicada para dependientes menores de 15 años, siempre y cuando exista un diagnóstico que justifique su prescripción.

## TRASPLANTE DE ÓRGANOS



Corresponde a la obtención y utilización clínica de órganos, tejidos y células de humanos donados de acuerdo a la respectiva Ley y realizados en hospitales y/o clínicas que cuenten con la capacidad técnica para hacerlo en el territorio ecuatoriano. Gastos médicos de los procesos de pre trasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se deriven de dichos procesos y, las de suministros de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y receptor. Se financiarán los gastos médicos correspondientes a los Trasplantes de Órganos de riñón, corazón, hígado, médula ósea y córnea hasta \$20.000 con aplicación de deducible.

## CAMA DE ACOMPAÑANTE



Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para menores de dieciséis años y mayores de setenta y cinco años (Límite máximo por día, máximo 15 días) con aplicación de deducible y copago hasta \$50.

## CONTROL DE NIÑO SANO



**Control de niño sano que incluye consultas y vacunas detalladas por el MSP, de acuerdo a:**

- Hasta 1 año de edad: 1 consulta mensual
- Hasta 2 años de edad: 1 consulta trimestral
- Hasta 3 años de edad: 1 consulta semestral
- Hasta 4 años de edad: 1 consulta anual

La cobertura es con copago, sin aplicación de deducible.

## APARATOS ORTOPÉDICOS



Zapatos ortopédicos una vez por año con copago y con deducible.

Plantillas ortopédicas, una vez al año con copago y sin deducible.

Alquiler de muletas y sillas de ruedas, siempre y cuando sean medicamente requeridas.

Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios al 80%.

## AUDIFONOS



Audífonos por año contrato por afiliado y/o Dependiente hasta \$200.

## EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES



Extracción de Terceras Molares terceros molares al 100% sin deducible. La cobertura es únicamente para el proceso de extracción.

## SIDA



SIDA y sus consecuencias, hasta un máximo de \$10.000 por año contrato.

## EMERGENCIA EN EL EXTERIOR



Cobertura de emergencias en el exterior por enfermedades no preexistentes y accidentes hasta \$20.000 con deducible de \$150 por viaje; siempre y cuando el viaje no exceda 30 días. A través de Multiassistance llamando desde los EE.UU. 1800 8827796 , fuera de los EE.UU 1305 6654458.

Todo gasto incurrido por fuera de la coordinación de Multiassistance se cubre a reembolso a costos del medio ecuatoriano.

## SERVICIO EXEQUIAL



Servicio exequial 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 éstos debe comunicarse con Jardines del Valle.

## BENEFICIOS PREVENTIVOS

Una consulta ginecológica y un examen de pap test por año contrato, solo para la afiliada y/o la cónyuge o compañera en unión de hecho, sin aplicación de deducible y con copago.



Examen de mamografía por año contrato solo para la Afiliada y/o su cónyuge o compañera en unión de hecho mayores a 40 años, sin aplicación de deducible y con copago hasta \$60.

Examen de antígeno prostático por año contrato solo para el Afiliado y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho mayores a 40 años, sin aplicación de deducible y con copago hasta \$60.

## SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA



Beneficio de segunda opinión médica, presentando toda la documentación requerida a BMI, que a su vez entregará a un médico especialista en el extranjero. Este médico entrega de vuelta a BMI un informe con su opinión confirmando el diagnóstico, negándolo o ampliando el mismo. Este beneficio no tiene ningún costo para el afiliado.

### **Aplica únicamente en caso de:**

- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades neurovasculares
- Cáncer
- Enfermedades que indiquen la pérdida de un miembro
- Enfermedades raras que involucren peligro de muerte

## 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 no tendrá cobertura de sus enfermedades preexistentes.

## LÍMITES DE EDAD

**Titular:** Desde los 18 años de edad hasta los 70 años de edad al 100% de las coberturas contratadas, desde los 71 años de edad hasta los 75 años de edad al 50% de las coberturas contratadas, desde los 76 años de edad hasta 80 años de edad al 20% de las coberturas contratadas. La disminución en la cobertura no aplica en caso de que el Afiliado y/o cónyuge o compañero en unión de hecho posea una continuidad mínima previa de 5 años en la póliza.

**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.

#### MUERTE Y/O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Homicidio o su tentativa.
- Lesiones a consecuencia del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, estando o no en uso de sus facultades mentales.
- Participación en delitos o infracciones a las leyes o reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas.
- Guerra u operaciones bélicas (haya guerra declarada o no), amotinamiento, huelga, conmoción civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración.
- Servicio activo en las fuerzas armadas, policía, empresas de seguridad o bomberos.
- Participación en competencias deportivas profesionales o práctica de los siguientes deportes: carreras de automóviles, boxeo. Motos, karting, paracaidismo, parapentismo, alas delta, bungee jumping, ultralivianos, deportes submarinos o subacuáticos o escalamiento de montaña.
- Intervención en cualquier tipo de competencia y/o deporte riesgoso, a nivel profesional.
- Suicidio, tentativa de suicidio o lesión autoinfligida o accidente deliberado, esté o no en uso de sus facultades mentales.
- Participación en peleas salvo que se establezca legalmente que actuó en defensa propia.

#### EXCLUSIONES ADICIONALES PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Enfermedad mental de cualquier tipo
- Accidentes en que el Titular Asegurado se encuentre viajando como conductor o pasajero de motocicletas o motonetas.
- Accidentes sufridos por el Titular Asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos "x", o choques eléctricos etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por la póliza.

## EXCLUSIONES SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

1. Lesiones o enfermedades resultantes de: catástrofes, desastres naturales, guerra declarada o no, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva provocada directa o indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra. Esta exclusión no resultará afectada por cualquier contrato que no haga alusión específica a la misma, en parte o en todo.
2. Condiciones Preexistentes no declaradas.
3. Cualquier tipo de servicio no autorizado de transporte del paciente en cualquier condición.
4. Curas de reposo, enfermedades nerviosas, psiquiátricas, psicológicas y/o trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje, a excepción de lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio.
5. Curas de reposo, enfermedades nerviosas, psiquiátricas, psicológicas y/o trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas derivadas de adicciones o farmacodependencia a excepción de lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio.
6. Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo.
7. Exámenes generales de salud (chequeos médicos de rutina), a excepción de los descritos en el anexo de prestaciones con tarifa cero.
8. Exámenes y tratamientos dentales y/u odontológicos en general, a menos que sean a consecuencia de accidente ocurrido durante la vigencia de este Contrato.



9. Cirugía electiva estética, cosmética así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento
10. Tratamientos y/o métodos correctivos generados por defectos de refracción visual (optometría).
11. Equipos y/o dispositivos médicos duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física o vocacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro equipo médico duradero a excepción del alquiler de cualquier equipo o dispositivo médico para monitoreo e infusión de medicamentos y los suministros necesarios para su utilización o funcionamiento.
12. Prótesis y/o dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios.
13. Compra o alquiler de audífonos.
14. Aborto que se haya realizado por razones psicológicas o sociales y sus consecuencias.
15. Cuidados podiátricos, incluyendo, de manera enunciativa pero no taxativa, cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma.
16. Honorarios médicos facturados por parte de un Miembro de Familia. Así mismo, la auto terapia y auto prescripción de medicinas.
17. Trasplante de Órganos, excepto los detallados en las coberturas
18. Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivos mono o biventriculares.
19. Cualquier crío preservación, la implantación o re implantación de células vivas.
20. Cualquier tratamiento en vía de experimentación.
21. Cualquier tratamiento no fundamentado en medicina basada en evidencia y en la oferta y tecnologías sanitarias aprobadas y disponibles en el país o en el exterior.
22. Gastos médicos causados a consecuencia de lesiones que surjan como resultado del servicio activo en calidad de Policía, de miembro de las Fuerzas Armadas o de Empresas de Seguridad legalmente establecidas.
23. Trastornos de la articulación temporomandibular (TMJD) o maloclusión.
24. Enfermera o prestador de servicios privados, contratados por decisión propia del Titular, Afiliado y/o Dependiente dentro o fuera del hospital y/o clínica sin que exista prescripción médica.

25. Gastos médicos por concepto de tratamientos que ocurran con posterioridad a la expiración o terminación de este Contrato.
26. Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con la Incapacidad.
27. Incapacidad originada en caso de violación de leyes, normas o reglamentos cuando dicha violación corresponda a una infracción penal dolosa y constituya la causa del siniestro.
28. Tratamientos relacionados con sobrepeso, talla corta y/o alopecia; así como lo relacionado a fertilización, esterilización, inseminación artificial, impotencia y disfunción eréctil
29. Enfermedades que sean declaradas como epidemias y/o pandemias por la autoridad competente.
30. Incapacidades y sus complicaciones como consecuencia de la aplicación de rayos x, radioterapia, radium e isótopos.
31. Incapacidades y sus complicaciones derivadas de tratamientos y/o beneficios no cubiertos en este Contrato.
32. Tratamiento para lesiones como consecuencia de la participación en competencias, demostraciones o entrenamientos de deportes profesionales, por la cual el afiliado y/o dependientes reciban una compensación monetaria o beneficios financiero.
33. Incapacidad generada en condiciones de prisión o privación de libertad.

# Vive la experiencia Asertec



¡Los mejores servicios para tu comodidad!



1-800 273783 <sup>24/7</sup>  
ASERTEC

[www.asertec.com.ec](http://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:



**Katherine Chalco**

Asesor de Servicio al Cliente

Tel.: 593 7 370 1444, ext.: 2696.

[kchalco@asertec.com.ec](mailto:kchalco@asertec.com.ec)

**En seguros**  
siempre a tu lado



Conoce más acerca de nosotros:

[www.asertec.com.ec](http://www.asertec.com.ec)

Síguenos en:    /Asertec