

Instructivo de Vida y Asistencia Médica



Con el respaldo de:

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

Compañía miembro de Pan American Life Insurance Group

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



Índice

Seguro de Vida	1
Seguro de Asistencia Médica	1
Gastos Médicos Mayores	2
Atenciones Ambulatorias	3
Atenciones Hospitalarias	4
Cobertura en caso de Emergencia	5
¿Cómo presentar un reembolso?	7
Beneficios Adicionales	8
Inclusión de dependientes	17
Límites de edad	18
Exclusiones Seguro de Vida	18
Exclusiones Seguro de Asistencia Médica	19
Herramientas Tecnológicas	24

Vigencia de la póliza: 1 de mayo 2021 al 30 de abril 2022

BENEFICIOS ADICIONALES

Se pagarán los beneficios detallados a continuación:

MATERNIDAD

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

Cesárea	\$40.000
Parto normal	\$40.000
Aborto no provocado	\$40.000

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



Tiempo de carencia 60 días para nuevas inclusiones.

Para nuevas inclusiones de titulares y dependientes cónyuges, cobertura de acuerdo a lo siguiente:

*De hasta ciento ochenta (180) días de embarazo al ochenta por ciento (80%) del monto contratado,

*De ciento ochenta y un (181) días en adelante al cincuenta por ciento (50%) del monto contratado.

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

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

CONTROL DE NIÑO SANO

Cobertura de gastos neonatológicos del recién nacido sano, proveniente de una maternidad cubierta. De acuerdo al deducible y coaseguro que se aplica en la cobertura principal de maternidad, dentro del monto de maternidad.

Cobertura de examen Screening Neonatal, sin aplicación de deducible al 100%, dentro del monto de maternidad.



Cobertura de control niño sano desde el primer día de nacido hasta los 12 años cumplidos, hasta el monto establecido con tope de consulta médica general. Sin aplicación de deducible al 80%.

- de 0 a 12 meses: control mensual
- de 13 a 36 meses: control trimestral
- de 37 a 60 meses cumplidos: control semestral
- de 61 meses a 12 años cumplidos: 1 control anual

Bajo control de niño sano se cubre vacunas no necesariamente bajo esquema de MSP, así como vitaminas puras y minerales (no se cubre multivitamínicos, ni complementos nutricionales). Sin aplicación de deducible, al 80%.

APARATOS ORTOPÉDICOS

Zapatos y plantillas ortopédicas: Cobertura de plantillas y zapatos ortopédicos justificados con diagnóstico médico, máximo 2 pares durante la vigencia de la póliza, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada Red.



Medias elásticas: Cobertura de medias elásticas, para titulares y dependientes cónyuges, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada Red.

Aparatos: Cobertura para compra de muletas; y compra y/o alquiler de sillas de ruedas justificados bajo diagnóstico médico, previa coordinación con la Compañía, con aplicación de deducible y copago al 80%.

VISUAL



Cobertura de exímer láser a partir de las 5,5 dioptrías combinado por los dos ojos, una vez durante la vigencia de la póliza, para titulares y dependientes (beneficio no coordinable bajo la misma póliza), sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$1.800.

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

EMERGENCIA EN EL EXTERIOR



Cobertura para emergencia médica por enfermedad o accidente en el Exterior a través de proveedor de asistencia (hasta un máximo de 30 días de viaje, con previa notificación antes de salir de viaje), sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$20.000

Para acceder a la cobertura debe notificar su viaje comunicándose con la Asesora de Servicio al Cliente, con mínimo 72 horas de anticipación a la fecha de su viaje. La aseguradora emite un certificado de cobertura en donde se coloca los teléfonos de contacto del proveedor.

SÉPSUM NASAL



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

EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES



Cobertura de extracción de terceros molares (incrustados, impactados, brotados). (previa presentación de RX panorámica), para titulares y dependientes, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$120 por cada molar.

VITAMINAS, ALÉRGENOS Y VACUNAS

Cobertura de vitaminas puras y minerales con diagnóstico establecido bajo prescripción médica. (No se cubren multivitamínicos, ni complementos nutricionales), con aplicación de deducible al 80%, hasta: Suma Máxima Asegurada.

Cobertura de vacunas (BCG, DTP, Sarampión, Hepatitis A y B, Meningitis y Fiebre Amarilla), para titulares y dependientes, una vez durante la vigencia de la póliza, con aplicación de deducible y copago de acuerdo a cada proveedor y bajo costos razonables y acostumbrados en el país, hasta: Suma Máxima Asegurada



Cobertura de pruebas de sensibilidad, tratamientos con antialérgicos, tratamientos inmunológicos en general, siempre y cuando hayan sido prescritas por profesional calificado en base a guías clínicas o protocolos aprobados. (No se cubren tratamientos inmunoestimulantes). Con aplicación de deducible al 80%, hasta: Suma Máxima Asegurada.

LECHE MEDICADA



Cobertura leche medicada con diagnóstico establecido bajo prescripción médica, hasta el cumplimiento de los 15 años de vida, con aplicación de deducible, al: 80%

ENFERMEDADES METABÓLICAS

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



Cobertura por gastos de obesidad (cirugía bariátrica) o gastos por desnutrición u otro trastorno alimenticio, (suplementos o complementos alimenticios y nutricionales) y cualquier otro procedimiento o tratamiento, siempre y cuando el asegurado presente factores de riesgo que complican su estado de salud, se cubrirá fórmulas alimenticias medicadas bajo diagnóstico relacionado. Sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$5.000 año póliza



Cobertura nutricional por factores de riesgo de salud en prestador de la Red Ambulatoria Paligmed, vía reembolso, (en las ciudades donde no exista prestadores de Red Ambulatoria Paligmed se puede realizar libre elección hasta el monto indicado en la consulta médica general) para titulares y dependientes, sin aplicación de deducible al 100%, hasta 3 consultas al año póliza.

CAMA DE ACOMPAÑANTE



Cobertura de cama de acompañante, siempre y cuando el paciente sea menor a 16 años y mayor de 75 años, se aplica el mismo deducible y coaseguro contratado para cuarto y alimento, hasta \$60

ATENCIONES MENTALES



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

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

TRASPLANTE DE ÓRGANOS



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

PRÓTESIS



Cobertura para Prótesis No Dentales (incluyendo implantes de oído) que restablecen la funcionalidad del órgano, órtesis, equipo artificial o mecánico y que sea medicamente necesario, siempre y cuando el accidente o enfermedad ocurra dentro de la vigencia de la póliza. Con aplicación de deducible, al: 80%

OTROS BENEFICIOS HOSPITALARIOS

Cobertura de Cuarto y Alimento diario en Ecuador (incluye todo servicio dentro de habitación), sin límite de días, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$ 200

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

Cobertura de Gastos Médicos residentes, Enfermera y Material de uso Menor, Manta Térmica dentro de la hospitalización, cobertura como gastos de hospital, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada Red, hasta la suma máxima asegurada.



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

Cobertura para Cirugías Robóticas o Nueva Tecnología aprobada por el MSP, (este límite aplica solo para el uso de equipos, los honorarios médicos será de acuerdo a lo establecido en la póliza), con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada Red, hasta: \$5.000 por incapacidad.

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

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

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

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



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

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

OTROS BENEFICIOS AMBULATORIOS



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

Cobertura de terapias físicas mio-neurorestaurativa, con tope máximo de \$37 por terapia (siempre y cuando sean las medicamente necesarias), con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada Red.

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

Cobertura para atención médica suministrada en el hogar, siempre que sea médicamente necesaria y que por su condición médica el paciente no pueda ser movilizado, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: Suma Máxima Asegurada.



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

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

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

SERVICIO EXEQUIAL



Servicio exequial para titulares y dependientes a través de Jardines del Valle a nivel nacional llamando al 1800 244 766 accediendo a un paquete integral el cual contempla todos los

servicios requeridos para el sepelio. Para conocer cuáles son estos debe comunicarse directamente con Jardines del Valle.

BENEFICIOS PREVENTIVOS



Cobertura de un examen de Papanicolau y consulta médica, una vez durante la vigencia de la póliza (no se cubren chequeos masivos), para titulares y dependientes cónyuges, sin aplicación de deducible al 80%, hasta: Suma Máxima Asegurada.

Cobertura de un examen de Mamografía, una vez durante la vigencia de la póliza para titulares y dependientes cónyuges, a partir de los 40 años de edad, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$70 año póliza.

Cobertura de un examen Antígeno Prostático, una vez durante la vigencia de la póliza para titulares y dependientes cónyuges, a partir de los 40 años de edad, sin aplicación de deducible al 100%, hasta: \$70 año póliza.

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

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

OTRAS CONDICIONES

Restitución de la Suma Máxima Asegurada a los 365 días de iniciada la incapacidad



Tipo de Cobertura: Local

Tabla de honorarios Quito y resto del país Metropolitano

Tabla de honorarios para Guayaquil y Cuenca Metropolitano +30%

Período de presentación de reclamos 90 días

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

PREAUTORIZACIÓN DE CIRUGÍAS

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

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

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

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

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

INCLUSIÓN DE DEPENDIENTES

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

CÓNYUGES



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

HIJOS

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

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



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

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

LÍMITES DE EDAD

Titular: Al 100% hasta los 74 años 364 días, al 10% hasta 79 años 364 días. TERMINACION definitiva a los 80 años (las reducciones o terminación es en el día que cumpla la edad indicada).

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

EXCLUSIONES DEL SEGURO

EXCLUSIONES SEGURO DE VIDA

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

- Ninguna.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

MUERTE Y/O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

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

EXCLUSIONES SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vive la experiencia Asertec



¡Los mejores servicios para tu comodidad!



www.asertec.com.ec

ACCESO A CLIENTES



App Asertec Plus



WhatsApp
097 928 5909



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



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



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

Asesor de Servicio al Cliente

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



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

En seguros
siempre a tu lado



Conoce más acerca de nosotros:

www.asertec.com.ec

Síguenos en:    /Asertec