



Condiciones
Generales
Asistencia Médica
Plan Corporativo

CONDICIONES GENERALES

HDI-SEGUROS S.A., en adelante se denominará la Compañía, bajo los términos de las condiciones generales, particulares y especiales contenidas en la presente póliza, teniendo prelación las últimas sobre las primeras, acuerda asegurar el riesgo descrito en condiciones particulares de la póliza.

Esta Póliza se sujeta a las disposiciones de la Legislación sobre el Contrato de Seguro vigente.

ARTÍCULO 1: AMPARO O COBERTURAS BÁSICAS. -

En consideración a las declaraciones hechas en la solicitud de seguro que forma parte integrante de esta Póliza, de conformidad con las condiciones generales, especiales y particulares de la misma, las opciones de cobertura contratadas, hasta los valores asegurados señalados en las condiciones particulares; en virtud del pago de la prima convenida y, durante la vigencia de esta Póliza o sus renovaciones debidamente convenidas; la Compañía pagará los gastos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos por los Asegurados a causa de una enfermedad o un accidente, de acuerdo a los términos y condiciones de este seguro, y sujeto a los costos normales y de conformidad al mercado.

En los términos y condiciones de esta Póliza y de los a ella adheridos como condiciones especiales o aclaratorios, las indemnizaciones que otorga esta Póliza, a la ocurrencia de cualquiera de los riesgos asegurados, son los diversos tipos de gastos médicos necesarios para la atención del Asegurado y que constituyen la obligación de la Compañía en caso de siniestro.

Para todos los efectos de esta Póliza estas indemnizaciones se denominan “Beneficios”. Las características de cada beneficio, tales como: descripción, límite(s) asegurado(s), sublímite(s), deducibles, coaseguros, frecuencias, carencias, los mismos que se encuentran detallados en las tablas de beneficios en las condiciones especiales., determinan los límites de responsabilidad de la Compañía.

La cobertura para personas con enfermedades graves, catastróficas o degenerativas que sobrevengan como consecuencia de una discapacidad será en función de la Ley Orgánica de Discapacidades y su reglamento vigente.

El Asegurado está cubierto por esta Póliza durante los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

Los gastos cubiertos por la presente póliza incluirán aquellos incurridos por:

1. Prestaciones de prevención de la enfermedad sea esta primaria, secundaria y terciaria de acuerdo a lo establecido por la Autoridad Sanitaria Nacional y en los términos previstos en las estipulaciones de este seguro.

2. Atención ambulatoria profesional en medicina general y en las diversas especialidades y sub - especialidades practicadas en los diferentes establecimientos de salud y en los domicilios cuando lo justifique el estado de salud del paciente o la imposibilidad de movilizarlo; que incluya diálisis y hemodiálisis entre otras atenciones, todas las derivaciones e interconsultas, insumos médicos, quirúrgicos y medicamentos que la detección, diagnóstico, tratamiento rehabilitación, cuidados paliativos y de largo plazo demanden para la atención integral de salud del paciente hasta los montos contratados aplicando deducibles y coaseguros.
3. Atención pre-hospitalaria que incluya transporte terrestre, aéreo o fluvial, legalmente autorizado, al que se pueda acceder dentro y del país de acuerdo lo establecido en condiciones particulares.
4. Atención hospitalaria por indicación del profesional de la salud que atienda al paciente. Esta cobertura incluirá transporte, alimentación, habitación, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, terapia intensiva, cirugía, medicamentos e insumos médicos, ayudas técnicas, apoyo psicológico, rehabilitación, cuidados paliativos y honorarios profesionales hasta los montos contratados aplicando deducibles y coaseguros. Para cirugías o procedimientos programados se requiere una pre-autorización Con 72 Horas de Anticipación.
5. Atención en casos de urgencia y emergencia médicas, así como el procedimiento de emergencia ambulatorio, hospitalario o médico quirúrgico, incluyendo todo el equipamiento hospitalario, insumos médicos y medicamentos necesarios hasta los montos contratados aplicando deducibles y coaseguros.
6. Atención de embarazos normales, de riesgo o complicados, controles prenatales, emergencias obstétricas, partos vaginales o por cesárea, con recién nacido a término, pre – término o post término; complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, aborto no punible y sus complicaciones, atención del recién nacido a término, pre término o post término, con atención en neonatología, atención perinatal, de manera integral y con asistencia de especialistas; atención en la unidad de cuidados intensivos y otros eventos que pudieren presentarse, tanto para la madre como para el recién nacido a término, pre término o post término, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre – hijo. Atención al recién nacido que padeciere de patologías congénitas, genéticas o hereditarias hasta los montos contratados aplicando deducibles y coaseguros. Nuevas maternidades, para otorgar la cobertura esta debe iniciar por lo menos sesenta (60) días después del ingreso de la afiliada a la póliza. Para otorgar cobertura de maternidad se deberá notificar el embarazo y realiza el cambio de categoría, las titulares solas (TS) a titular más uno (T1) y las titulares más uno (T1) a titular más familia (TF), dentro de los primeros 90 días de gestación. Se realizará el cobro de prima retroactivo por cambio de categoría desde el inicio del embarazo. Para que el recién nacido tenga cobertura deberá ser incluido dentro de los siguientes 30 días al nacimiento.

7. Atención de enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias, con cobertura total.
8. Atención de enfermedades preexistentes de mutuo acuerdo entre las partes, hasta los montos de cobertura establecidos.
9. Atención de enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras, de acuerdo con el plan contratado hasta los montos de cobertura establecidos.
10. Atención oncológica integral que incluya obligatoriamente cirugía reconstructiva y rehabilitación, de acuerdo al plan contratado hasta los montos de cobertura establecidos.
11. Trasplante de órganos, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la Ley de la materia e incluirá obligatoriamente la atención y cobertura de las prestaciones que se deban dar al donante, las que correspondan a los procesos de pre trasplante, trasplante y post trasplante las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos; y, las de suministro de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y al receptor.
12. Servicios de salud para personas con discapacidad, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la Ley de la materia.
13. Todo procedimiento diagnóstico y terapéutico de seguimiento y control posteriores a cada enfermedad o accidente atendido y referidos a especialidades y subespecialidades; incluyendo curaciones, rehabilitación, terapias del siguiente tipo respiratorias, cardíacas, físicas y del lenguaje, cuidados paliativos domiciliarios, y de largo plazo hasta los montos contratados aplicando deducibles y coaseguros.
14. Auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, existentes, que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha de la prestación, necesarios para la continuidad de la atención integral, solicitados por un prescriptor y de acuerdo con el plan contratado hasta los montos contratados aplicando deducibles y coaseguros.
15. Estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas, cuando éstos sean solicitados por un médico, para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de una patología, con cobertura total;
16. Medicinas comerciales o genéricas en cualquier farmacia autorizada por la autoridad competente, cuyo costo será cubierto total o parcialmente por las vías de pago directo o el reembolso, de acuerdo con lo establecido en condiciones especiales, siempre que aquellos hayan sido recetados por un profesional médico.
17. Atención de enfermedades psiquiátricas de base orgánica, determinadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, de conformidad con el plan contratado aplicando deducibles y coaseguros.
18. Prestaciones de salud dental, asesoría nutricional y consultas psicológicas, de conformidad con el plan contratado aplicando deducibles y coaseguros.

1.1. CLAUSULAS CONTRACTUALES OBLIGATORIAS

Enfermedades Crónicas Y Catastróficas. - La Compañía no realizará incrementos adicionales a las tarifas o primas ante el apareamiento de enfermedades crónicas y catastróficas, sobrevinientes a la contratación, tampoco se negará la renovación de la póliza por dichas causas.

Atención De Emergencias. - La Compañía financiará la atención de toda emergencia médica, hasta el monto de la cobertura contratada, al momento del requerimiento efectuado por el prestador del servicio de salud. En este caso la atención deberá prestarse obligatoriamente en cualquier establecimiento de salud.

Si el usuario no está en condiciones de ser trasladado a un establecimiento de salud, podrá solicitar en el lugar donde se encuentre, la presencia de un servicio de atención de emergencias médicas ambulatorias.

Tarifa Cero. - La Compañía otorgará prestaciones médicas de tipo preventivo, educativo e informativo primario bajo tarifa cero, dentro del territorio ecuatoriano y de acuerdo con los costos establecidos en el tarifario de prestaciones para el sistema de salud, determinadas y aprobadas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Otras Que Determine La Autoridad Sanitaria Nacional.

1.2. OBLIGACIONES COMUNES DE LAS COMPAÑÍAS CON SUS ASEGURADOS

Son obligaciones de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, las siguientes:

1. Ofrecer información en calidad y cantidad suficiente para la toma de decisiones sobre los planes, programas y modalidades ofertadas. Dicha información deberá señalar con claridad las semejanzas y diferencias que caracterizan a los planes, programas y modalidades, sus beneficios, alcances y limitaciones, de tal modo que sea asequible al pleno conocimiento de los consumidores y publicada en la página web de la compañía;
2. Otorgar el financiamiento, para la cobertura de todas las prestaciones previstas en los planes contratados, asumiendo los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados, pagando las indemnizaciones contratadas, asumiendo directa o indirectamente o aceptando y cediendo riesgos, con carácter resarcitorio o indemnizatorio, dentro de los límites convenidos en los contratos respectivos, con sujeción a lo previsto en la Ley;
3. Notificar al usuario, dentro de los cinco días hábiles posteriores al requerimiento, cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto de la cobertura;
4. Llevar un registro actualizado del portafolio de titulares, beneficiarios, usuarios, dependientes o asegurados, con detalle del tipo de planes y montos de cobertura. Dicha información tendrá el carácter de confidencial y será suministrada mensualmente a la Autoridad Sanitaria Nacional, únicamente para efectos de formulación e implementación de políticas públicas;
5. No establecer incrementos adicionales de manera individual a los aportes, cuotas o primas del plan contratado, ante el apareamiento de enfermedades crónicas y/o catastróficas, ni negar la renovación de los contratos;
6. Garantizar los derechos de los afiliados, usuarios, dependientes, beneficiarios o asegurados, en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa, en los términos previstos en la Ley;

7. Suministrar la información que sea requerida por los organismos de regulación y control previstos en esta Ley;
8. En la modalidad mixta, en la parte que corresponda, velar para que las prestaciones de los servicios de salud cumplan con los estándares de calidad establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional; y, exigir a los prestadores sanitarios encargados de dichas prestaciones, acrediten las respectivas aprobaciones académicas o licenciamiento, según corresponda; y,
9. Implementar tecnologías de la información y comunicación, para facilitar la relación interactiva entre las compañías, los prestadores de servicios de salud y los usuarios, principalmente en materia de tramitación administrativa de las prestaciones y contraprestaciones económicas de los contratos, reembolsos, etc.

ARTÍCULO 2: AMPAROS O COBERTURAS ADICIONALES. -

1. La Compañía podrá otorgar prestaciones médicas adicionales a las que la ley señala, en las condiciones especiales de cada póliza.
2. Cobertura de Medicamentos tradicionales, medicina alternativa y medicina homeopática, ancestral y/o bioenergética, siempre y cuando tengan Registro Sanitario y se encuentre aprobado dentro o fuera del país por entes correspondientes.

ARTÍCULO 3: EXCLUSIONES. -

Se excluyen de los beneficios de este seguro, los gastos y costos de tales servicios cuando ellos sean o estén relacionados con, originados por, o a causa de:

1. Los gastos por cualquier enfermedad o lesión preexistente, incurridos con anterioridad a la fecha de elegibilidad del Asegurado; sin embargo, esta exclusión no será aplicable después de que haya estado asegurado durante tres (3) meses continuos sin incurrir en gastos por dicha enfermedad;
2. Cirugía estética para fines de embellecimiento y cirugía plástica u ortopédica para condiciones preexistentes; no declaradas, a excepción de atención oncológica integral que incluya obligatoriamente cirugía reconstructiva siempre y cuando hayan sido declaradas como enfermedades preexistentes y haya cumplido el periodo carencia de preexistencias hasta el monto señalado en las condiciones especiales
3. Enfermedades mentales y/o psiquiátricas de origen no orgánico y/o psicológico; esta exclusión comprende también todos aquellos gastos derivados de curas de reposo, surménage, stress, enfermedades emocionales, desórdenes del desarrollo de la conducta y de la atención.
4. Curas de reposo o gastos que se incurran en un sanatorio
5. Hospitalización y gastos que de ella se deriven y que tengan por objeto principal el diagnóstico (chequeo); Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con la incapacidad.
6. Exámenes dentales, extracciones, calzas, amalgamas, empastes, gingivitis, alveolitis, enfermedad periodontales, tratamientos de ortodoncia, profilaxis, cuidados dentales en general y/o estomatología, salvo que sea a consecuencia de un accidente;
7. Tratamientos oftalmológicos por defectos de refracción como miopía, astigmatismo, presbicia, queratocono, así como la compra de anteojos, cristales, laserterapia para defectos visuales y eximer laser;

Código de Aprobación ACCESS N°: 011-SC-003

HDI - Seguros S.A.- Quito, Av. Simón Bolívar y vía a Nayón, Centro Corporativo Ekopark, oficinas P7.01, Torre 5- Telf: +593 24 019810

8. Lesiones o enfermedades como consecuencia de la aplicación de Rayos X, radioterapia, radium e isótopos;
9. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y epidemias declaradas por el Ministerio de Salud Pública;
10. Lesiones o enfermedades, con la excepción de casos de emergencia, como consecuencia directa o indirecta de:
 - a. Guerra (sea ésta declarada o no), revoluciones, conmoción civil, las provenientes del servicio militar, energía atómica y catástrofes;
 - b. Motín, huelga y acto delictuoso;
 - c. Riñas
 - d. Desastres Naturales.
 - e. Terremotos, Inundación.
11. Compra de aparatos ortopédicos, medicinas vendidas por médicos, suplementos nutricionales, sedantes, neuroléptico, antidepresivos, tranquilizantes, jabones, protectores solares, cremas humectantes no medicadas y productos cosméticos. Así como medicinas reconstituyentes, vitaminas y complementos proteicos, con la excepción de los medicamento necesarios con diagnóstico y receta médica, y para casos de diagnóstico de anemia carencial.
12. Tratamientos capilares y dermatológicos con fines cosméticos, acné y los que se realicen en centros de cosmetología y belleza.
13. Inmunizaciones profilácticas y vacunas en general.
14. Tratamientos por condiciones fisiológicas normales, así como menopausia, climaterio, hipoestrogenismo y/o complicaciones con excepción de aquellos que deriven de otra patología como alteraciones ováricas, endócrinas,
15. Sobrepeso y Delgadez, tratamiento y/o suplementos hormonales sin diagnóstico médico, con la excepción de talla corta si se trata de una enfermedad catastrófica o rara y cobertura de atención integral a personas con problemas de malnutrición siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo a los protocolos nacionales. o a falta de ellos. a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales.
16. Tratamiento para esterilidad, esterilización, infertilidad e impotencia.
17. Crio preservación e implantación de células vivas.
18. Honorarios médicos facturados por un miembro de la familia del asegurado y auto prescripción de medicinas.
19. Transportes que no sean prestados por servicios de ambulancia terrestre/aérea/fluvial debida y legalmente autorizados como tales.
20. Trastornos del sueño, excepto si son de base orgánica.
21. Medicinas reconstituyentes, vitaminas y complementos proteicos, excepto los medicamento necesarios con diagnóstico y receta médica, y para casos de diagnóstico de anemia carencial
22. Compra, adaptación de equipos o aparatos médicos para la medición, monitoreo, infusión de medicamentos, soporte de funciones vitales para uso persona,
23. Enfermera privada dentro o fuera del hospital únicamente tendrá cobertura cuidados de enfermería hospitalaria,
24. Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios.

25. En ningún caso estarán cubiertos el alquiler o compra de aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire, equipos motorizados de transporte, escaleras mecánicas y ascensores, ayudas acústicas, piscinas o unidades de calefacción.

3.1. PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES

1) Para todos los Planes:

- a) No se puede excluir individual o colectivamente la cobertura de atenciones por condiciones laborales o profesionales. Sin embargo, se puede ajustar las primas de acuerdo con el riesgo.
- b) No se permitirá la exclusión de gastos en salud incurridos por el usuario para el diagnóstico diferencial o definitivo, siempre y cuando estos estén de acuerdo con las guías de práctica clínica, protocolos nacionales o internacionales.
- c) No se puede excluir la cobertura de atención integral a personas con problemas de malnutrición siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo con los protocolos nacionales. o a falta de ellos. a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales.
- d) No se permitirá la exclusión de métodos anticonceptivos.
- e) No se podrá excluir la atención necesaria para cubrir condiciones de salud que sean consecuencia de acciones y/o enfermedades por uso de drogas. estupefacientes. embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a trastornos de la salud mental. estados de demencia incluso a resultantes por intento de suicidio.
- f) No podrán constar en el listado de exclusiones, periodos de carencia y preexistencias otros distintos a los dispuestos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- g) No se pueden colocar exclusiones basándose en criterios emitidos por organismos extranjeros.
- h) No puede constar como exclusión el tratamiento de enfermedades de Transmisión Sexual.
- i) No se podrá excluir cobertura de ende-prótesis en los casos que estas sean de tejidos de origen animal, siempre y cuando cumplan con las aprobaciones requeridas por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- j) No se permitirá la exclusión para el tratamiento de úlceras de presión, ni sus complicaciones.
- k) No se permitirá la exclusión de fórmulas alimenticias medicadas. siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrita.
- l) No se permitirá la exclusión de trastornos en el desarrollo psicomotor, cuando este se deba o se presente como consecuencia de una patología.
- m) No se permitirá la exclusión de cirugía plástica reconstructiva o correctiva.
- n) No se puede excluir pruebas de sensibilidad ni tratamientos inmunológicos en general. siempre y cuando hayan sido prescritas por un profesional calificado en base a protocolos nacionales. o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales.
- o) No se puede excluir la cobertura de tratamientos dentales cuando estos sean causados por accidentes hasta el monto y las condiciones contratadas.

- p) No se permite la exclusión de gastos adicionales de acompañantes en clínicas y hospitales para recién nacidos, menores de 16 años y adultos mayores de 75 años.
 - q) No se puede excluir el alquiler de cualquier equipo o dispositivo médico para monitoreo e infusión de medicamentos. ni los suministros necesarios para su utilización o funcionamiento.
 - r) No se puede excluir cobertura de cuidados paliativos. sean estos hospitalarios o domiciliarios. siempre y cuando estén prescritos por un médico.
- 2) Para los Planes con Cobertura de Maternidad:
- a) No se puede limitar la cobertura de legrados o abortos no punibles. siempre y cuando estos sean indicados como procedimiento terapéutico por un médico.
- 3) Para los Planes con Cobertura de Trasplante:
- a) No se puede excluir los gastos del donante que tiene relación con la procuración de órganos en donantes cadavéricos o con la extracción del órgano en donantes vivos, ni sus complicaciones, hasta el límite de lo cobertura.
- 4) Para los Planes con cobertura poro enfermedades Catastróficos y Raros:
- a) No se puede excluir lo cobertura de alimentación enteral. parenteral, ni complementos alimenticios prescritos.
 - b) No se puede excluir la cobertura de tratamiento con estimulantes del crecimiento para este tipo de patologías.

ARTÍCULO 4: DEFINICIONES. –

Para efectos de la presente Póliza se entenderá por:

1. **Accidente:** para los efectos de esta Póliza se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidente los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un mismo accidente se considerarán como un solo evento.
2. **Asegurador o “La Compañía”:** es la persona jurídica legalmente autorizada para operar en la República del Ecuador, que asume los riesgos especificados en el contrato de seguro.
3. **Asegurado:** persona natural cubierta por esta póliza, que es señalado como tal en las condiciones particulares. Para todos los efectos de esta Póliza, existen dos tipos de Asegurados a saber: Asegurados Titulares y Asegurados Dependientes.
4. Es **Asegurado Titular** la persona que esté asegurado bajo los términos y condiciones de esta póliza y que cumpla con los requisitos de asegurabilidad y/o;
5. Son **Asegurados Dependientes** de dichos titulares los que sean elegibles bajo los términos y condiciones de esta póliza.

Código de Aprobación ACCESS N°: 011-SC-003

HDI - Seguros S.A.- Quito, Av. Simón Bolívar y vía a Nayón, Centro Corporativo Ekopark, oficinas P7.01, Torre 5- Telf.: +593 24 019810

6. **Atención Ambulatoria:** Atención médica que no requiere hospitalización proporcionada por un médico legalmente autorizado.
7. **Atención médica:** conjunto de servicios médicos que tienen por objeto restaurar la salud del Asegurado, cuyo costo es cubierto hasta el límite máximo contratado, de conformidad con los tarifarios de la Compañía y los gastos necesarios razonables y acostumbrados.
8. **Coaseguro:** se entenderá por coaseguro, la participación monetaria en un siniestro por parte del asegurado titular o sus dependientes, este será indicado en las condiciones particulares de ésta póliza.
9. **Contratante o Solicitante:** persona natural o jurídica, con quien se celebra ésta póliza y quien traslada a la Compañía, por cuenta propia o de terceros, las afectaciones patrimoniales que tengan los Asegurados, a la ocurrencia de los riesgos asumidos. En caso de ser el mismo Asegurado adquirirá la condición de Asegurado-Contratante.
10. **Deducible:** se refiere a la cantidad de gastos que serán cubiertos, por cuenta del Asegurado por cada período de incapacidad, cuyo monto se lo indicará en las condiciones particulares. El deducible puede convertirse en dinero o en tiempo expresado en días u horas.
11. **Discapacidad:** es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Pueden ser físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria
12. **Emergencia médica:** tratamiento médico o quirúrgico al que se debe someter el Asegurado por sufrir en forma súbita y aguda una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, su integridad personal o la funcionalidad de alguno de los órganos como resultado de algún accidente o enfermedad.
13. **Enfermedad o Incapacidad:** Alteración de la salud que se manifieste a través de síntomas y se diagnostique por un médico.
14. **Enfermedad Catastrófica:** es aquella que cumple con las siguientes características: a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona; b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente y c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria Nacional.
15. **Enfermedad Congénita:** también denominadas anomalías congénitas, defectos de nacimiento, trastornos o malformaciones congénitos. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, que tienen su origen durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior del nacimiento.
16. **Enfermedad Preexistente:** Cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por la o el Usuario y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del Contrato o a la incorporación de la o el beneficiario.
17. **Enfermedad Rara:** son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad que afecta a uno por cada diez mil personas, es decir, únicamente a un pequeño porcentaje de la población.

18. **Enfermedad Sobreviniente:** patología que se detecte posterior a la suscripción del Contrato.
19. **Enfermedades Crónicas:** son enfermedades de larga duración, de progresión lenta, que tengan una duración mayor a seis meses en promedio, independientemente de si se encuentran bajo tratamiento o no y del número de reagudizaciones en un período de tiempo determinado.
20. **Enfermedades Genéticas:** las enfermedades genéticas son aquellas que están causadas por cambios en el material genético (ADN).
21. **Enfermedades Hereditarias:** son las enfermedades genéticas que se transmiten de generación en generación.
22. **Enfermedades Psiquiátricas de Base Orgánica:** patologías mentales que se determinarán conforme la descripción de los trastornos mentales orgánicos establecidos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS) vigente.
23. **Exclusiones:** Son las prestaciones sanitarias, condiciones de salud y demás eventos que se encuentran expresamente no financiadas por HDI-Seguros S.A. al amparo del presente Contrato, y se detallan en el Artículo 3 Exclusiones.
24. **Evento:** se considera como un solo evento todo tipo de afectación inmediata a consecuencia de un accidente o enfermedad, así como todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas directa o indirectamente del acontecimiento inicial.
25. **Fecha de finalización:** fecha en la cual a las veintitrés (23) horas cincuenta y nueve (59) minutos, expira la cobertura otorgada por esta Póliza y que se indica en las condiciones particulares.
26. **Fecha de emisión:** fecha en la cual se emite esta Póliza y que se indica en las condiciones particulares.
27. **Fee:** Se entiende por Fee el valor mínimo a asumir por parte del asegurado.
28. **Gastos necesarios, razonables y acostumbrados:** de acuerdo con tarifario **McGraw-Hill** aquellos costos médicos que no excedan el nivel de cargos hechos por otros prestadores de carácter similar, en establecimientos clínicos u hospitalarios de la localidad donde este funciona, a causa de una enfermedad y/o accidente que requiera tratamiento y/o procedimiento médico preciso, forzoso e inevitable.
29. **Gastos cubiertos:** se refiere a los gastos incurridos por un Asegurado debido a una enfermedad o accidente que no estén indicados en la cláusula de exclusiones.
30. **Grupo Nuevo Asegurado con experiencia:** se define al conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro, a los cuales el Contratante va designando como Asegurados y que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora. Que además anteriormente contaron con otro seguro de asistencia médica o similar en otra aseguradora y poseen resultados de siniestralidad durante un periodo determinado, normalmente un año.
31. **Grupo Nuevo Asegurado sin experiencia:** se define al conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro, a los cuales el Contratante va designando como Asegurados y que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la Aseguradora. Que además anteriormente no hayan contado con ningún seguro de asistencia médica o similar en otra aseguradora.

32. **Hospital o Clínica:** Establecimiento que reúne todos los requisitos técnicos, debidamente reconocido, autorizado y registrado de acuerdo con las disposiciones legales, para prestar atención a enfermos o accidentados.
33. **Hospitalización:** Permanencia continua mayor a veinticuatro (24) horas del Asegurado en un hospital o clínica por enfermedad o accidente, siempre que cause pensión hospitalaria o uso del hospital del día, sala de cirugía o anestesia.
34. **Incapacidad:** Situación de enfermedad determinada mediante diagnóstico médico, accidente o de padecimiento físico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a las prestaciones o beneficios establecidos en las condiciones particulares de ésta Póliza. Las secuelas, mediatas o inmediatas, serán consideradas dentro de una misma incapacidad. Para todos los efectos, se considera como incapacidad la tabulación de diagnósticos de la Codificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, bajo la modalidad establecida en las Condiciones Particulares.
35. **Médico:** personas licenciadas en el Colegio de Médicos del Ecuador o país en el que ejercen su profesión, para practicar la medicina, en la especialidad para la que han sido preparados y con el propósito de prestar los servicios necesarios que requieren sus pacientes.
36. **Modalidad Abierta:** Para efectos de esta Ley se entenderá como modalidad abierta aquella por la cual el usuario, a su elección, recibirá atención sanitaria a través de terceros prestadores no relacionados con las compañías ofertantes, sean éstos personas naturales o jurídicas.
37. **Modalidad Cerrada:** Para efectos de esta Ley se entenderá como modalidad cerrada, aquella por la cual el usuario recibirá atención sanitaria únicamente a través de prestadores de servicios de salud relacionados con las compañías financiadoras en los ámbitos comercial o de integración societaria.
38. **Modalidad Mixta:** Para efectos de esta Ley se entenderá como modalidad mixta, aquella por la cual el usuario recibirá atención sanitaria mediante la combinación de las modalidades abierta y cerrada.
39. **Período de Incapacidad:** Se define como período de incapacidad el tiempo transcurrido desde que el afiliado presenta gastos médicos cubiertos a causa de una incapacidad. Este período inicia a la fecha del primer gasto incurrido cubierto por HDI-SEGUROS S.A. y finaliza pasado 365 días del mismo.
40. **Período de carencia:** se entenderá por período de carencia, al tiempo durante el cual el asegurado titular y sus dependientes no tendrán cobertura total o parcial, ésta será indicada en las condiciones particulares de ésta póliza.
41. **Profesionales de la salud:** Personas naturales que, cumpliendo los requisitos legales, están autorizadas para el ejercicio de la profesión en área clínica, quirúrgica o paramédica.
42. **Preexistencia:** la enfermedad haya sido diagnosticada por un especialista o que ésta ya hubiera producido gastos, y por supuesto, que la enfermedad por sus diferentes síntomas o signos no haya podido pasar desapercibida.
43. **Reembolso:** Valor que se obtiene como resultado de aplicar la liquidación de los gastos presentados por el Asegurado debidamente justificados para el tratamiento de una enfermedad y/o accidente.
44. **Riesgo asegurable** es el evento incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del solicitante, asegurado o beneficiario, ni la del asegurador, y cuyo acaecimiento hace

exigible la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los imposibles, no constituyen riesgo.

- 45. **Síntoma:** Manifestaciones subjetivas que el paciente experimenta y que el médico no percibe y le es difícil comprobar y a cuyo conocimiento se llega sobre interrogatorio.
- 46. **Tarifario:** Es el instrumento técnico definido por HDI S.A. que permite establecer el monto de pago máximo para cada uno de los procedimientos médicos realizados en la atención de salud. Este instrumento permite calcular el valor económico financiado.
- 47. **Unidad de Terapia Intensiva:** Modalidad de atención hospitalaria o clínica, la cual debe cumplir como mínimo los siguientes requisitos: atención personalizada, monitoreo, equipos de resucitación, respiradores, servicios médicos y de enfermería permanente.
- 48. **Urgencia Médica:** Es todo estado patológico de rápida instauración y condiciones de salud o patologías derivadas de circunstancias imprevistas o inevitables que no ponen en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que generan la necesidad imperiosa de recibir atención de salud.

ARTÍCULO 5: VIGENCIA. -

Esta Póliza entra en vigencia en la fecha y hora de inicio señaladas en las Condiciones Particulares, siempre que hayan sido aceptadas expresamente por las partes y el Asegurado haya pagado la prima correspondiente según lo pactado; y, terminará en la fecha y hora indicadas en dichas Condiciones Particulares; pudiendo renovarla de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

En caso de no señalarse la hora, se reputará que inicia y/o termina a las 12h00 (doce del meridiano).

El plazo de duración de esta póliza no podrá ser menor a un (1) año.

ARTÍCULO 6: ELEGIBILIDAD. -

6.1. TITULARES ELEGIBLES. -

Son elegibles todos los titulares vinculados permanentemente con el Contratante, que no hayan cumplido la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares.

Los titulares elegibles bajo este seguro son los siguientes:

- a. Todo titular activo al momento de la emisión de esta póliza, será elegible en el período de inscripción fijado por el Contratante de mutuo acuerdo con la Compañía.
- b. Todo titular incorporado con posterioridad será elegible dentro de los primeros tres (3) meses de vinculación con el contratante.
- c. Todo titular que no esté activo en la fecha de vigencia de esta póliza, será elegible dentro del primer (1) mes siguiente a la fecha de su incorporación.

En caso de que estos plazos no se cumplan el titular deberá esperar a un nuevo período de inscripción, mismo que será establecido de mutuo acuerdo entre las partes.

6.2. TITULARES ASEGURADOS. -

Cada titular elegible para el seguro bajo esta póliza, deberá llenar la “declaración de salud” para poder participar en el plan contratado y quedará asegurado bajo las siguientes condiciones:

- a. Si se trata de un titular comprendido en el literal a) del numeral 6.1. en la fecha de inicio de vigencia de esta póliza.
- b. Si se trata de un titular comprendido en el literal b) del numeral 6.1. en el primer (1º) día del cuarto (4to) mes de vinculación con el Contratante.
- c. Si se trata de un titular comprendido en el literal c) del numeral 6.1. en el primer (1º) día del mes siguiente de su reincorporación.

Todo titular que no haya ingresado al plan cuando fue elegible o que habiéndolo hecho se haya retirado del mismo, no podrá solicitar su ingreso o reingreso hasta que, a pedido del Contratante y de acuerdo con la Compañía se fije un nuevo período de inscripción y previa aprobación por la Compañía de evidencia de asegurabilidad.

6.3. DEPENDIENTES ELEGIBLES. -

Son elegibles todos los dependientes del titular. El término “dependientes” que se emplea en este seguro, se refiere a:

- a. Esposo (a) legítima o compañera (o) permanente del titular debidamente inscrito en los registros del Contratante, que viva en el domicilio de éste y que no haya cumplido la edad máxima estipulada en las condiciones particulares.
- b. Hijos solteros desde el primer día de nacidos y menores de dieciocho (18) años de edad; en caso de estudiantes hasta los veintitrés (23) años de edad que vivan en el hogar del titular o ausentes por motivos de estudios y sean económicamente dependientes de éste; y estén debidamente inscritos en los registros del Contratante.
Se entiende por persona económicamente dependiente quien no haya estado afiliado al seguro social, ni nunca haya obtenido un registro único de contribuyente
- c. Cobertura sin límite de edad para dependientes con capacidades especiales, siempre que se encuentre debidamente certificado por la Institución Pública correspondiente con el porcentaje de discapacidad estipulado en el Reglamento de la Ley de Discapacidades, hasta 20 salarios mínimos de cobertura para los gastos relacionados con esta discapacidad. No se otorgará cobertura a gastos que no estén relacionados con la discapacidad en dependientes mayores a veinticinco (25) años.

Los dependientes serán elegibles bajo este seguro, en cualquiera de las fechas siguientes:

- a. En la fecha en que el titular es elegible;
- b. En la fecha en que el titular por primera vez adquiera dicho dependiente.

6.4. DEPENDIENTES ASEGURADOS. -

Cada dependiente elegible para el seguro bajo esta póliza, deberá llenar la declaración de salud para poder participar en el plan contratado y quedará asegurado bajo las siguientes condiciones:

- a. Si el titular tiene uno o más dependientes en la fecha de vigencia de este seguro, sus dependientes elegibles quedarán asegurados, después de que la Compañía reciba la solicitud de inscripción, en la fecha de vigencia de esta póliza;
- b. Si el titular es elegible después de la fecha de vigencia de este seguro, sus dependientes elegibles quedarán asegurados después de que la Compañía reciba y acepte la solicitud de inscripción, desde la fecha de solicitud de la inclusión;
- c. Si el titular adquiere uno o más dependientes después de la fecha de vigencia de este seguro, dichos dependientes elegibles quedarán asegurados, después de que la Compañía reciba y acepte a dicho dependiente. Dichos dependientes quedarán asegurados desde la fecha de solicitud de inclusión previa aceptación de la Compañía.

Si el titular tiene o adquiere uno o más dependientes, solicita la inscripción de sus dependientes después del período de treinta (30) días posteriores a la fecha en que lleguen a ser elegibles, deberá presentar evidencia de asegurabilidad satisfactoria para la Compañía. Después de ser aceptada por la Compañía la evidencia de asegurabilidad, dichos dependientes quedarán asegurados Desde la fecha de solicitud de inclusión previa aceptación de la Compañía.

Se entiende como evidencia de asegurabilidad satisfactoria un documento que avale el parentesco por consanguinidad o afinidad o relación del dependiente con el titular;

- d. Podrán ser asegurables previo acuerdo entre las partes los dependientes hasta cuarto grado de consanguinidad y tercero de afinidad.

Todo titular que voluntariamente retire a sus dependientes del plan, no podrá solicitar su reingreso hasta que, a pedido del Contratante y de acuerdo con la Compañía, se fije un nuevo período de inscripción y previa aprobación por la Compañía, de evidencia de asegurabilidad de cada dependiente.

ARTÍCULO 7: EDAD DEL ASEGURADO. -

La Póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República del Ecuador con una edad mínima de dieciocho (18) años, excepto para dependientes elegibles.

No hay edad máxima de suscripción o de renovación para Asegurados ya cubiertos bajo la Póliza.

Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o conviviente legal del Asegurado Principal, hijos o menores de edad para quienes el Asegurado Principal ha sido legalmente designado como tutor legal, que hayan sido identificados en la solicitud de seguro de salud de esta Póliza y para quienes se provee cobertura bajo esta Póliza.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Principal hasta los dieciocho (18) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes a tiempo completo (con un mínimo de doce (12) horas créditos por semana) en un colegio o universidad acreditado en el momento que esta Póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de esta Póliza, al cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes a tiempo completo.

Si un hijo dependiente contrae matrimonio, deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, cambia su país de residencia, o si el (la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el Asegurado Principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para estos dependientes terminará en la fecha del siguiente aniversario de esta Póliza

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con la Compañía y que sean elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin necesidad de una evaluación de riesgo para una póliza con el mismo o con mayor deducible, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en esta Póliza. La solicitud de seguro de salud del antiguo dependiente debe ser recibida antes de terminar el período de gracia de esta Póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

ARTÍCULO 8: SUMA ASEGURADA. –

El valor asegurado estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza, representa para la Compañía el límite máximo de su responsabilidad.

ARTÍCULO 9: DEDUCIBLE. –

La presente Póliza se contrata con el deducible especificado en las Condiciones Particulares de esta Póliza. En consecuencia, queda entendido y convenido que la Compañía pagará las indemnizaciones a que tenga derecho el Asegurado, únicamente cuando las pérdidas excedan el importe del deducible. El Asegurado asume por su propia cuenta las pérdidas inferiores a la suma fijada como deducible.

ARTÍCULO 10: PREEXISTENCIAS. –

Se considerará preexistente cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por la o el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado y diagnosticada médicamente con anterioridad a la perfección del contrato o a la incorporación de la o el beneficiario.

Se proporciona cobertura para todas las condiciones preexistentes que el asegurado haya declarado en su solicitud de seguro de salud, por Asegurado, de acuerdo con las siguientes condiciones:

- a. Las enfermedades preexistentes debidamente declaradas, recibirán cobertura total o parcial para dichas enfermedades, siempre que dicha cobertura haya sido acordada libre y voluntariamente entre las partes; cuando la cobertura contratada sea total no se admitirá condición o restricción alguna.
- b. En los contratos con cobertura de enfermedades preexistentes, el asegurado o beneficiario recibirá, desde el momento de la contratación, cobertura de las prestaciones que no sean parte de la preexistencia, a excepción de los casos que ingresen por emergencia los cuales tendrán cobertura de acuerdo a las condiciones de cada plan.
- c. Las preexistencias especificadas en Condiciones Particulares, incluyendo las enfermedades graves, catastróficas o degenerativas que sobrevengan como consecuencia de la discapacidad, serán cubiertas con un monto de cobertura mínima de veinte (20) salarios básicos unificados por año, y surtirá efecto transcurrido un período de carencia de tres (3) meses.
- d. Las condiciones de cobertura de asistencia médica para las personas con discapacidad se sujetarán a lo previsto en la Ley de la materia y más normativa vigente.
- e. La Compañía podrá presentar reclamo administrativo, en la forma prevista en la ley, para alegar preexistencia no declarada al tiempo de la contratación, cuando consideraren que el Asegurado o Beneficiario conocía la existencia de su enfermedad, patología o condición de salud, por presentar manifestaciones clínicas y alteraciones físicas que por sus signos y síntomas característicos y evidentes, no pudieron pasar desapercibidos, en cuyo caso, la autoridad competente dirimirá el mismo, en mérito al expediente y a las pruebas actuadas.

ARTÍCULO 11: PERIODOS DE CARENCIA. –

Se entenderá por período de carencia, al tiempo durante el cual el Asegurado titular y sus dependientes no tendrán cobertura total o parcial, ésta aplicará de la siguiente manera:

Tipo de atención	Periodos de Carencia
Atención ambulatoria	30 días
Maternidad	60 días
Atención hospitalaria	90 días
Atención de emergencia y urgencia	24 horas
Tarifa Cero	30 días

Grupos nuevos con experiencia, se aceptarán todas las enfermedades preexistentes declaradas	Sin período de carencia
Grupos nuevos sin experiencia, el beneficio de enfermedades preexistentes tendrá un período de carencia	90 días
Discapacidad	3 meses

11.1. PARA GRUPOS CON CONDICIONES PREEXISTENTES. -

- a. Para grupos nuevos asegurados con experiencia, se aceptarán todas las enfermedades preexistentes declaradas sin períodos de carencia y los nuevos ingresos los siguientes tiempos de carencia.
 - Atención ambulatoria periodo de carencia treinta (30) días.
 - Atención hospitalaria periodo de carencia noventa (90) días.
 - Atención de emergencia y urgencia se prestará cobertura desde las veinticuatro (24) horas posteriores al perfeccionamiento del contrato, de acuerdo al plan contratado.
- b. Para grupos nuevos asegurados sin experiencia, y sus nuevos ingresos tienen los siguientes tiempos carencia.
 - Atención ambulatoria periodo de carencia treinta (30) días
 - Atención hospitalaria periodo de carencia noventa (90) días
 - Atención de emergencia y urgencia se prestará cobertura desde las veinticuatro (24) horas posteriores al perfeccionamiento del contrato, de acuerdo al plan contratado.

11.2. PARA COBERTURA DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS. -

- a. Para la cobertura de enfermedades congénitas serán cubiertas como preexistencias declaradas hasta el monto establecido para esta cobertura en la tabla de beneficios. Para titulares y dependientes tienen los siguientes tiempos carencia.
 - Atención ambulatoria periodo de carencia treinta (30) días
 - Atención hospitalaria periodo de carencia noventa (90) días
 - Atención de emergencia y urgencia se prestará cobertura desde las veinticuatro (24) horas posteriores al perfeccionamiento del contrato, de acuerdo al plan contratado
- b. Enfermedades congénitas sin aplicación de carencias y sin limitaciones, para aquellos asegurados que inicien la vigencia de la póliza y para niños nacidos bajo la póliza.
- c. Con respecto a las inclusiones de asegurados con enfermedades congénitas declaradas serán cubiertas como preexistencias declaradas hasta el monto establecido para esta cobertura en la tabla de beneficios.

11.3. PARA LOS CASOS DE EMBARAZO. -

- a. Si el embarazo se produjere durante el período de carencia de sesenta (60) días, se otorgará la cobertura especificada bajo tarifa cero y de acuerdo con los términos y condiciones allí definidos.
- b. Si el embarazo se produjera durante el período de carencia la inclusión intra-útero del neonato se podrá realizar como un beneficio adicional. La contratación de este beneficio se podrá realizar a partir de la semana veinte (20) de embarazo y hasta la semana treinta y dos (32), siempre y cuando el contratante cancele las cuotas correspondientes a partir de la semana de contratación de este beneficio.

11.4. PARA TARIFA CERO. -

Para Tarifa Cero el período de carencia aplicable será de treinta (30) días

11.5. PARA COBERTURAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. -

Las coberturas para personas con discapacidad estarán disponibles siempre que el Asegurado sea calificado como persona discapacitada por la Autoridad Nacional Competente de acuerdo con los lineamientos regulatorios de elegibilidad indicados en la Ley Orgánica de Discapacidades.

- a. Las condiciones preexistentes, incluyendo las enfermedades graves, catastróficas o degenerativas que sobrevengan como consecuencia de la discapacidad, surtirán efecto transcurrido un período de carencia estipulado en la Ley Orgánica de Discapacidades, contados desde la fecha de emisión de la póliza de seguro.
- b. La cobertura de cualquier condición médica y/o condición preexistente que no sea consecuencia de la discapacidad no estará sujeta a lo dispuesto en esta cláusula

El beneficio de la póliza iniciará desde el inicio de vigencia de la póliza una vez superado el período de carencia de 24 meses.

ARTÍCULO 12: DECLARACIÓN FALSA O RETICENCIA. -

El Solicitante o Asegurado están obligados a declarar objetivamente los hechos o circunstancias conocidos que determinen el estado del riesgo, previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, según "Declaración de Salud" de la Compañía.

El cumplimiento de esta obligación se limita a revelar los hechos o circunstancias que, siendo efectivamente conocidos por el Solicitante o el Asegurado, hubiesen podido influenciar en la decisión de la Compañía sobre aceptar o no la celebración del contrato, o de hacerlo con estipulaciones más gravosas o distintas.

La reticencia o falsedad acerca de la declaración del solicitante vician de nulidad relativa el contrato de seguro.

Salvo que se pruebe el dolo o mala fe del solicitante en la declaración sobre el estado del riesgo, si la Compañía no solicita información adicional a la contenida en la “Declaración de Salud” proporcionada por el Solicitante, no puede alegar errores, reticencias, inexactitudes o circunstancias no señaladas en la solicitud. Sin perjuicio de las acciones penales contempladas en el Código Orgánico Integral Penal, si es que el hecho constituye delito.

Conocida la existencia de vicios en la declaración del solicitante en materia del riesgo o el encubrimiento de circunstancias que le agraven, la Compañía tiene derecho a iniciar las acciones pertinentes bien para dar por terminado el contrato de seguro o, bien para pedir su declaratoria de nulidad.

Si el asegurador, antes de perfeccionarse el contrato, conocía o debía haber conocido las circunstancias encubiertas, o si después las acepta, la nulidad de que trata este artículo se entiende como saneada.

ARTÍCULO 13: REQUERIMIENTOS DE ASEGURABILIDAD. –

Todos los asegurados deben presentar:

- Formulario de Declaración de Salud, que la Compañía entregará al Asegurado para el efecto, previa la contratación de la póliza.
- Copias de cedula de titular y dependientes de ser el caso.

ARTÍCULO 14: MODALIDAD DE COBERTURA. –

La Compañía operará a través de la modalidad mixta, esto es aquella por la cual el usuario puede, a su elección, recibir atención sanitaria a través de terceros prestadores no relacionados sean estas personas naturales o jurídicas, o a través de la red de prestadores de servicios de HDI-Seguros S.A.

ARTÍCULO 15: CAMBIO DE PLAN. –

El Asegurado puede solicitar un cambio de plan, una vez finalizado el primer año de vigencia de su póliza y en tal caso la Compañía se reserva el derecho de efectuar previamente evaluación de riesgo.

Con el cambio de plan no se aplicarán nuevos períodos de carencia.

Las preexistencias que hayan sido declaradas inicialmente por el Asegurado, dentro del formulario de Salud al momento de la contratación de su póliza, se aplicarán bajo el monto establecido en el nuevo plan.

No se considerarán como preexistencias, las enfermedades ocurridas al Asegurado durante el primer año de vigencia del plan inicialmente contratado.

El deducible se restablecerá de forma automática por inicio de nueva vigencia de forma normal.

ARTÍCULO 16: PAGO DE PRIMA. –

Las primas mensuales que deberá pagar el Contratante por este seguro serán las que se indican en las Condiciones Particulares con respecto a cada titular y según el número de dependientes.

La prima establecida en Condiciones Particulares está relacionada directamente con el número mínimo de Asegurados Titulares para los cuales se ha contratado la Póliza. Si el número mínimo de Asegurados Titulares señalado en Condiciones Particulares disminuye durante la vigencia de la Póliza, las Partes se obligan a la revisión del valor de la prima. El incremento de la prima se fijará de común acuerdo y será efectivo a partir de la fecha en la que la Compañía verifique la disminución del número mínimo de Asegurados Titulares.

Las primas son pagaderas en el plazo de treinta (30) días contados desde el perfeccionamiento del contrato, contra recibo oficial de la Compañía, cancelado por la persona autorizada para la cobranza. A falta de corresponsales banqueros, es obligatorio pagar la prima en cualquiera de las oficinas de la Compañía.

Es obligación del Solicitante pagar la prima, pero La Compañía podrá exigir su pago al Asegurado o al Beneficiario, en caso de incumplimiento del Contratante.

En caso de que la Compañía aceptare dar financiamiento de pago al cliente para pagar la prima dentro de la vigencia de la póliza, es obligación del Contratante pagar las primas en los tiempos estipulados por la Compañía.

En el caso de que el Asegurado estuviera en mora por noventa (90) días contados desde la fecha en que debió realizarse el último pago, el contrato terminará de forma automática. La Compañía hará conocer al Asegurado o Beneficiario sobre este hecho por cualquier medio.

Durante el periodo de mora, la compañía, previa notificación al usuario, podrá suspender el financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, excepto para la que corresponda a emergencia médica

La demora además dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos incurridos en la expedición del contrato por la vía judicial o gestión administrativa, o, estará obligada a devolver al Asegurado la prima no devengada, si fuere el caso.

El pago que se haga mediante la entrega de un cheque, no se reputa válido sino cuando este se ha hecho efectivo, pero su efecto se retrotrae al momento de la entrega del cheque.

HDI-Seguros quedará libre de cualquier responsabilidad por siniestros que pudieran presentarse con posterioridad a la fecha en que la cobertura se encuentre suspendida o en la fecha de terminación automática por falta de pago.

ARTÍCULO 17: RENOVACIÓN. -

Esta Póliza podrá renovarse por periodos consecutivos, mediante el pago de la prima de renovación conforme a la tarifa vigente de la Compañía al momento de la renovación, para lo cual será necesaria la expresa voluntad de las partes de renovarla.

La Compañía podrá modificar los términos y condiciones para cada renovación de la Póliza y lo comunicará por escrito al Asegurado.

La renovación deberá estar suscrita por los contratantes, para que se considere valida y surta todos sus efectos.

ARTÍCULO 18: SEGUROS EN OTRAS COMPANIAS. -

Cuando existan varias pólizas sobre el mismo riesgo con diversas Compañías, contratadas antes o después de la fecha de inicio de vigencia de la misma, el Asegurado está obligado a declararlo por escrito a la Compañía incluyendo el nombre de cada uno de ellos y a hacerlo mencionar en el cuerpo de esta Póliza o adicionarlo a la misma.

En caso de siniestro la Compañía solo será responsable por la parte proporcional del total Asegurado. Las sumas cobradas en conjunto no pueden superar al monto de los gastos ocasionados ni exceda la suma asegurada.

Los documentos necesarios para realizar una coordinación de beneficios con otra compañía aseguradora son los siguientes:

- a. Liquidación original.
- b. Firma y sello de fiel copia del original en todos los soportes del reclamo (formulario, recetas médicas, pedido de exámenes, facturas, historia clínica, y otros documentos que ayuden a soportar el reclamo.) por parte de la compañía aseguradora.

ARTÍCULO 19: TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO. -

Esta póliza terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

19.1. TERMINACIÓN ANTICIPADA POR PARTE DEL CONTRATANTE Y DE LA COMPAÑÍA. -

- a. Por parte del Contratante, comunicando su decisión por escrito de no continuar con el seguro. En este caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima no devengada.
- b. Por parte de la Compañía, el contrato de seguro podrá terminar de manera unilateral en los casos previstos en la legislación aplicable y en caso de liquidación, para lo cual deberá dar aviso por escrito al Contratante o Asegurado, pudiendo realizar la notificación por medios electrónicos. En este caso la Compañía devolverá al Asegurado parte de la prima, en proporción al tiempo no corrido.

Terminado el contrato o rescindido por vicios en la declaración del estado de riesgo por parte del Contratante, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido, notificándole en ambos casos.

Por la declaratoria de terminación del contrato, la Compañía no pierde su derecho para exigir el pago de la prima devengada, así como los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Las notificaciones se podrán realizar a través de medios electrónicos.

19.2. TERMINACIÓN DEL SEGURO DEL TITULAR ASEGURADO. -

El seguro de cualquier titular asegurado bajo esta póliza y consecuentemente de sus dependientes, terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Si se desvincula del Contratante.
- b. Si se incumple con el pago de la prima por sesenta días contados desde la fecha en que debió realizarse el último pago, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 16. Pago de Prima.

19.3. TERMINACIÓN DEL SEGURO DEL DEPENDIENTE. -

El seguro de un dependiente bajo esta póliza terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Si se termina el seguro del titular asegurado.
- b. Si cesa de ser elegible como dependiente;

ARTÍCULO 20: AVISO DE SINIESTRO. -

El período de presentación de reclamos es de noventa (90) días, considerando la fecha de ocurrencia de cada atención médica, pasada la fecha la presentación de los reclamos quedarán extemporáneos para efecto del reembolso.

En caso de que HDI-Seguros S.A devuelva parcial o totalmente algún reclamo por falta de los respectivos soportes o no esté completo y el período de presentación de reclamos esté por finalizar, el usuario tendrá cuarenta y cinco (45) días a partir de la fecha de la devolución para presentarlo, caso contrario culminado este plazo el reclamo será considerado extemporáneo.

El asegurado o beneficiario podrá siempre justificar su imposibilidad física por fuerza mayor o caso fortuito, de dar aviso oportuno del siniestro, con el fin de no perder su derecho a reclamar la indemnización.

ARTÍCULO 21: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO. -

- a. Cumplir oportunamente con todas las obligaciones contractuales, económicas y legales.

- b. Actuar de buena fe a la hora de contraer las obligaciones contractuales y en todo momento durante su relación con HDI-Seguros S.A.
- c. Dar aviso de siniestro: El Asegurado podrá dar aviso del siniestro a la Compañía dentro del límite máximo de noventa (90) días, contados a partir de la ocurrencia del siniestro, de la última prestación ambulatoria o de la salida del hospital. El aviso deberá contener la identificación del Asegurado, la hora, fecha, lugar y descripción del evento.
- d. Presentar oportunamente y en forma completa las solicitudes de reembolsos, conforme lo previsto en las presentes Condiciones Generales.
- e. No ocultar o falsear la verdad sobre su estado y/o condición de salud, en especial sobre cualquier enfermedad, patología o condición preexistente, tanto a HDI-Seguros S.A. como a la red de prestadores de servicios.

El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones consignadas en este artículo, harán perder al Asegurado o Beneficiario, todo derecho a la reclamación, en los términos consagrados en las leyes sobre la Póliza.

ARTÍCULO 22: DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DEL SINIESTRO. -

Además del formulario de reclamación debidamente llenado, el Asegurado o Beneficiario debe presentar a la Compañía los siguientes documentos, en original o copia certificada ante notario público:

- Facturas fechadas por exámenes de laboratorio y/o imagen, con su respectiva orden original (pedido médico) y sus resultados.
- Copia simple de la historia clínica completa, con sello del hospital o clínica.
- Facturas fechadas por la compra de medicinas con su respectiva receta médica la cual deberá contener: nombre del paciente y diagnóstico médico.
- Facturas fechadas por honorarios médicos y/o procedimientos médicos con su respectivo desglose;
- Facturas fechadas a nombre del paciente por el número de terapias físicas recibidas, con su respectivo pedido médico;
- En caso de reembolso hospitalarios adjuntar los originales de facturas fechadas, a nombre del paciente, emitidas por el hospital o clínica con todos los soportes de gastos desglosados en caso de atención ambulatoria u hospitalización, así como la historia clínica completa que detalle: epicrisis, anamnesis, examen físico, protocolo operatorio, notas de evolución médica, hoja de anestesia, kárdex, reporte de enfermería, resultados de exámenes de laboratorio e imágenes.

ARTÍCULO 23: PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN. -

El Asegurado o Beneficiario perderán el derecho a la indemnización por esta Póliza en los siguientes casos:

- Cuando la reclamación fuere fraudulenta;
- Cuando el siniestro hubiere sido voluntariamente causado por el Asegurado o con su intervención o complicidad;
- Cuando prescriban los derechos al pago de la indemnización; y,

- La mala fe del Asegurado en la reclamación o comprobación del derecho al pago del importe del siniestro.

ARTÍCULO 24: LIQUIDACION DE SINIESTRO. -

Los siniestros que ocurran bajo la presente Póliza serán indemnizados de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía con una de las siguientes modalidades:

Reembolsos. - La Compañía reintegrará al Asegurado, todos los gastos debidamente documentados y justificados, en que haya incurrido para el tratamiento de la enfermedad y/o accidente cubiertas por esta Póliza, de acuerdo a las condiciones particulares de la póliza.

Servicios de convenio. - La Compañía indemnizará al Asegurado, prestando el servicio a través de redes de convenio, previamente contratadas por la Compañía. El(los) nombre(s), dirección(es) y teléfono(s) de estos prestadores deben ser consignados en las condiciones particulares de la Póliza. De esta manera, la Compañía pagará directamente al proveedor la parte correspondiente a su responsabilidad y el Solicitante pagará los deducibles, coaseguros, riesgos no cubiertos y excesos de cobertura de acuerdo a las condiciones particulares de la póliza.

Reembolso/Convenio. - La Compañía indemnizará y reembolsará la parte correspondiente según lo establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Ocurrido el evento cubierto al Asegurado, estando esta Póliza en pleno vigor y una vez presentada toda la documentación exigida para la formalización del pago de siniestro, la Compañía tendrá el plazo de treinta (30) días para concluir su análisis motivando su decisión.

La Compañía deberá proceder al pago dentro del plazo de los diez (10) días posteriores a la aceptación de la cobertura.

La Compañía deducirá del monto a liquidar cualquier suma que se le adeude por esta Póliza, así como también el monto de los deducibles y coaseguros pactados con la Compañía.

La Compañía tiene la obligatoriedad de utilizar transferencias o medios de pago electrónicos a efectos de llevar a cabo reembolsos y pagos de siniestros a sus asegurados.

ARTÍCULO 25: PERIODO DE INCAPACIDAD Y RESTITUCIÓN DE MÁXIMO POR INCAPACIDAD. -

La modificación de las coberturas no altera el período de incapacidad ya establecido.

Un nuevo período de incapacidad se establecerá con respecto a una misma incapacidad cuando el período anterior haya finalizado.

En enfermedades de ciclo corto (patologías agudas auto limitadas, que su sintomatología y tratamiento no se prolongan más allá de 3 semanas) se abrirá otra incapacidad a los 90 días aplicando el deducible correspondiente con un nuevo máximo.

La suma máxima asegurada se restituirá automáticamente luego de transcurridos los 365 días de incapacidad o en la renovación del contrato. Lo que ocurra primero.

ARTÍCULO 26: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN. -

Una vez terminado el tratamiento por la lesión o enfermedad, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la solicitud para los beneficios a que tenga derecho conforme a lo establecido en el presente seguro dentro de los siguientes noventa (90) días. A este efecto el Contratante y/o la Compañía suministrarán los formularios necesarios a los que el Asegurado deberá adjuntar todos los comprobantes originales de las cuentas pagadas.

La presentación del formulario deberá hacerse dentro de los noventa (90) días después de la fecha de terminación del tratamiento o enfermedad, causa del reclamo.

Si el tratamiento no ha concluido, después de finalizado el contrato, el formulario deberá presentarse máximo en un plazo de treinta (30) días posteriores a la finalización del contrato.

Al recibo del formulario del Asegurado debidamente llenado y previa comprobación de sus derechos, los beneficios estipulados en esta póliza serán pagaderos al Asegurado, a menos que la Compañía considere preferible hacerlo en otra forma.

En caso de muerte del Asegurado, cualquier beneficio pendiente que no haya sido pagado, será cancelado directamente al médico u hospital, a menos que la Compañía considere preferible hacerlo en otra forma.

El Aviso de no cobertura de siniestro al asegurado o intermediario autorizado por parte de HDI-Seguros S.A. será en un plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la recepción de la documentación completa.

Ningún pago será efectuado bajo la presente póliza por gastos incurridos después de la terminación del seguro, a menos que el dependiente se halle hospitalizado en dicha fecha, en este caso el dependiente disfrutará de los beneficios hasta la primera de las siguientes dos fechas.

- a. La de su salida del hospital;
- b. La del pago del beneficio máximo a que tenga derecho.

3.2. MONTO DE INDEMNIZACIONES. -

El monto de las indemnizaciones ascenderá tanto en hospitales como fuera de éste, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 27: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS. -

Acuerdo Directo: El Asegurado procurará solucionar con HDI-Seguros S.A. de modo directo las potenciales controversias que surjan de la aplicación de la Póliza, para lo cual, la Parte que se crea perjudicada planteará queja por escrito a la otra, en la que exprese su posición, dentro del término de siete (7) días hábiles, contado a partir de la negativa a cubrir el Financiamiento de las Prestaciones Sanitarias o del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del Contratante y/o Beneficiario. Si dentro del término de ocho (8) días hábiles, posteriores a la presentación de la queja, no se llegare a una solución amistosa, la Parte que se creyere

perjudicada, quedará en libertad de plantear el reclamo administrativo correspondiente, en los términos previstos en la Ley Orgánica, otras acciones judiciales a que hubiere lugar, o mecanismo o procedimiento alternativos de solución de conflictos, a elección del actor.

Reclamo Administrativo: El proceso para presentar y sustancia un reclamo administrativo se realizará de acuerdo a lo que plantea la Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, la Ley de Seguros contenida en el libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero y a las normas de esta Ley en cuanto a contar con el dictamen obligatorio y vinculante de la Autoridad Sanitaria Nacional cuando los asuntos controvertidos versen sobre temas sanitarios..

Arbitraje: Sin perjuicio del párrafo precedente, las partes acuerdan que las divergencias sobre el monto de las indemnizaciones o cualquier discrepancia que surja respecto de este contrato se someterán a decisión arbitral de los tribunales de Arbitraje de la Cámara de Comercio de la ciudad de Quito, se regirá por las disposiciones contenidas en la Ley de Arbitraje y Mediación y en el reglamento del Centro de Mediación y Arbitraje.

El fallo de los árbitros será obligatorio para las partes y no habrá lugar a apelación. Los árbitros deberán juzgar en derecho. El arbitraje será confidencial. Los árbitros podrán dictar medidas cautelares.

Justicia Ordinaria: A los jueces competentes de la ciudad de Quito de conformidad con la Ley.

ARTÍCULO 28: ARBITRAJE. –

Las partes acuerdan que toda o cualquier controversia relativa a esta Póliza, a su ejecución, liquidación e interpretación, será resuelta mediante un proceso de mediación con la asistencia de un mediador de cualquier Centro de Mediación del domicilio de la Compañía.

En el evento de que el conflicto no fuere resuelto totalmente mediante el procedimiento de mediación, las partes lo someten a la resolución de un Tribunal de Arbitraje de un Centro de Arbitraje de una Cámara de Comercio del domicilio de la Compañía, que se sujetará a lo dispuesto en la Ley de Arbitraje y Mediación, al Reglamento del Centro de Arbitraje y Mediación escogido, y, a las siguientes normativas y preceptos:

- El Tribunal estará integrado por tres árbitros, para este efecto cada parte designará un árbitro, y el tercero deberá ser designado por el Centro de Arbitraje de la Cámara de Comercio escogida de conformidad a lo establecido en la Ley de Arbitraje y Mediación.
- El Tribunal decidirá en derecho.
- Para la ejecución de medidas cautelares, el Tribunal Arbitral estará facultado para solicitar de los funcionarios públicos, judiciales, policiales y administrativos su cumplimiento, sin que sea necesario recurrir a juez ordinario alguno.
- El procedimiento arbitral será confidencial.

El lugar de arbitraje serán las instalaciones del Centro de Arbitraje de la Cámara de Comercio escogido.

ARTÍCULO 29: NOTIFICACIONES. -

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para efectos de la presente Póliza deberá efectuarse por escrito, al Asegurado a la última dirección registrada en los datos de esta Póliza y a la Compañía en su domicilio principal.

De igual forma será válida cualquier otra notificación que hagan las partes por cualquier medio idóneo reconocido por la Ley.

ARTÍCULO 30: JURISDICCIÓN. -

Cualquier litigio o controversia que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado con motivo de la presente Póliza queda sometido a la jurisdicción ecuatoriana.

Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta o en el lugar donde se hubiera emitido la póliza a elección del Asegurado o Beneficiario; las acciones contra el Asegurado o beneficiario, en el domicilio del demandado.

ARTÍCULO 31: PRESCRIPCIÓN. -

Las acciones derivadas del contrato de seguro, prescriben en tres (3) años, contados a partir del acontecimiento que les dio origen, a menos que el beneficiario o asegurado demuestre no haber tenido conocimiento del hecho o que han estado impedidos de ejercer sus derechos, caso en los que el plazo se contará desde que se tuvo conocimiento, o se suspenderá mientras persistió el impedimento, respectivamente, pero en ningún caso excederá de cinco años desde ocurrido el siniestro.

ARTÍCULO 32: RESPONSABILIDAD CIVIL Y ADMINISTRATIVA. -

HDI-Seguros S.A. no será responsable civil o administrativamente o de cualquier otra naturaleza por o a consecuencia de las deficiencias en la calidad de la prestación de servicios sanitarios o de salud, en los casos en que las Prestaciones Sanitarias se realicen en o se presten por parte de prestadores no afiliados expresamente a la Red de Prestadores a nivel nacional.

HDI-Seguros S.A. será responsable de verificar que los prestadores de servicios de salud de la Red de Prestadores de Servicios hayan: obtenido el permiso de funcionamiento otorgado por la Autoridad Sanitaria Nacional; aprobado la cartera de servicios ante dicha Autoridad; y registrado del título universitario de profesional de la salud o especialista, en el Ministerio de Salud Pública y en la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENESCYT).

La responsabilidad subsidiaria en los ámbitos civil y administrativo a la que se refiere la Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, es bajo la modalidad mixta, ésta sólo aplicará en el caso de que HDI-Seguros S.A. incumpla con la obligación indicada en el numeral anterior, y siempre que un juez o autoridad competente declare la responsabilidad subsidiaria de HDI-Seguros S.A. y la sentencia o resolución hayan quedado ejecutoriadas, y en este último caso, además, hayan quedado en firme.

La responsabilidad subsidiaria se circunscribirá a los ámbitos civil y administrativo, y sólo la podrá declarar el juez en sentencia o autoridad competente en resolución, en caso de que el prestador responsable no pague la indemnización que deba pagar al asegurado en forma oportuna, teniendo HDI-Seguros S.A. el derecho de repetir en contra del prestador médico.

ARTÍCULO 33: RESTABLECIMIENTO DE VIGENCIA DE LOS CONTRATOS. -

Producida la terminación anticipada del contrato, por decisión unilateral del titular del mismo, éste podrá, por una sola ocasión, solicitar a la Compañía, el restablecimiento de su vigencia, con las mismas condiciones originarias, dentro de los tres (3) meses posteriores a dicha terminación, debiendo cumplir, si fuere el caso, con las contraprestaciones económicas correspondientes.

Para que opere el restablecimiento de vigencia de los contratos deberá existir un acuerdo previo, por escrito de las Partes.

En caso de duda, por la omisión, interpretación, descripción y aplicación de las condiciones detalladas en el presente contrato, prevalecerán sobre estas, las indicadas y dispuestas por las leyes y regulaciones y en el sentido más favorable para el usuario.

En testimonio de lo cual HDI-SEGUROS S.A., extiende el presente seguro en, a los días del mes de de .

EL CONTRATANTE

LA COMPAÑÍA

HDI-SEGUROS S.A.

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente póliza el número de registro 53284; con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2020-00048616-0 del 30 de noviembre de 2020.

ANEXO 1 PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA INCLUIDAS EN TARIFA CERO. -

Las prestaciones que se cubrirán con tarifa cero se realizarán según ciclo de vida y de acuerdo con los servicios y prestaciones establecidos en el artículo 15 de la citada Ley que correspondan. Numeral. 3.5 del Artículo. 3 LACS.

Ciclo de vida	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia	Responsable
Recién nacido (0 a 28 días)	Atención al recién nacido	Consulta médica pediátrica para control del niño sano (no incluye exámenes complementarios o interconsultas a otros especialistas), con evaluación de desarrollo físico (valoración nutricional) y evaluación clínica del desarrollo neuromuscular y psicomotriz según edad; detección clínica de riesgos visuales, auditivos y neuro-sensoriales.	1 vez consulta e información	Neonatólogo/ pediatra/ médico general/ médico familiar
	Asesoría para cuidado del recién nacido (en consulta)	Información en la consulta médica pediátrica sobre: cuidado básico al neonato, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes; cuidados generales; estimulación; prevención y que tratamiento inicial se debe dar a las enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el RN.; información para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación completa, y sobre cómo realizar estimulación psicomotriz; información sobre la suplementación de micronutrientes.		Neonatólogo/ pediatra/ médico general/ médico familiar
	Atención de laboratorio en el recién nacido (previo al alta o hasta los 8 días de nacido)	Determinación al nacimiento de grupo y factor sanguíneo; información sobre la realización del tamizaje metabólico, tamizaje auditivo y sensorial.		Laboratorio con la orden del neonatólogo/ pediatra/ médico general/

				médico familiar
Ciclo de vida	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia	Responsable
Niño de 1 mes a 12 meses	Atención al infante	Consulta para control de niño sano que incluye: evaluación del bienestar del lactante; estado nutricional, evaluación clínica de riesgo visual, auditivo y displasia de cadera; detección de posible maltrato; evaluación clínica de desarrollo psicomotor, detección clínica de anomalías congénitas o problemas adquiridos; evaluación clínica de la dentición y prevención de caries dentales; detección clínica de desnutrición. (no incluye exámenes complementarios, ni interconsultas a otros especialistas).	6 consultas en el primer año de vida, en cada consulta de debe dar información y asesoría.	Pediatra/ médico general/ médico familiar
	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información sobre posibles problemas en el desarrollo psicomotor y lenguaje; información sobre estimulación visual; información y asesoría sobre resultados de tamizaje metabólico, visual y auditivo; información y asesoría sobre suplemento de micronutrientes (hierro y vitaminas).		Pediatra/ médico general

	Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación; información referente a lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, inicio de alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Informar de la importancia de la higiene y salud oral; promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje; informar y comunicar acerca de variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Asesoría para evitar riesgos de accidentes.		Pediatra/ médico general/ médico familiar
Ciclo de vida	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia	Responsable
Niño/as de 1 a 5 años	Atención al niño de 1 a 5 años (ambulatorio)	Consulta para control de niño sano, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz; riesgos acordes a la edad; detección de deficiencias y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de	Consultas 2 veces al año hasta los 2 años; posterior 1 vez por año; en cada consulta se debe otorgar	Pediatra/médico general/médico familiar
		patologías infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición.	asesoría e información	

Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría en cada consulta para control de niño sano sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años; alimentación complementaria; importancia de la higiene y salud oral, riesgos de accidentes en el hogar; derechos de los niños; promoción de estimulación psicomotriz y de lenguaje; prevención del maltrato, accidentes; promoción de alimentación saludable; variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Uso de sustancias adictivas en padre o madre y repercusiones sobre los niños.	Pediatra/ médico general
Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información en cada consulta para control de niño sano que incluya: indicaciones de suplementación de micronutrientes; recomendación de desparasitación 1 vez al año; evaluación clínica para valoración de agudeza visual y valoración auditiva; salud oral y prevención de la caries; recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis. (no incluye exámenes de gabinete).	Pediatra/ médico general/ médico familiar

	Atención al niño de 5 a 10 años	Consulta para evaluación del bienestar del niño, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas), del estado nutricional, neuro muscular, psicomotriz y emocional; detección clínica temprana de enfermedades como pie plano, anomalías congénitas; detección clínica de enfermedades infectocontagiosas y endémicas; detección clínica de desnutrición.	1 consulta médica por año; durante cada consulta se debe otorgar asesoría e información)	Pediatra/médico general/médico familiar
	Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría en consulta para evaluación del bienestar del niño sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a; importancia de la vacunación y una buena		Pediatra/ médico general/ médico familiar
		alimentación; higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar; estimulación psicomotriz, de aptitudes intelectuales, prevención de discapacidades; variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a; promover la salud oral y prevención de caries.		

	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información en consulta para evaluación del bienestar del niño, sobre recomendación de desparasitación 1 vez al año; detección clínica precoz de problemas en las habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales, prevención de maltrato físico, psicológico, sexual; pertinencia de la valoración de agudeza y/o ceguera visual y valoración auditiva; importancia de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis; asesoría sobre suplemento de micronutrientes.		Pediatra / médico general/ médico familiar
Ciclo de vida	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia	Responsable
Adolescentes 11 a 19 años	Atención al adolescente de 10 a 19 años	Consulta para evaluación clínica del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad.	1 vez al año, durante la consulta se de otorgar información y asesoría	Médico general/ médico familiar
	Atención al adolescente de 10 a 19 años	Peso, talla, IMC, TA; detección clínica temprana de embarazo, infecciones de transmisión sexual y trastornos alimenticios, enfermedades infectocontagiosas.		Médico general/ médico familiar
	Atención al adolescente de 10 a 19 años	Evaluación de hábitos no saludables, deficiencias y/o discapacidades; (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otra especialidad)		Médico general/ médico familiar

	Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Información para prevención de trastornos de la alimentación; detección de maltrato y o violencia; detección de uso de sustancias psico-estimulantes; importancia de la valoración de agudeza visual; información sobre higiene y salud oral; detección de problemas de aprendizaje, afectivos, emocionales; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados.	1 vez al año, durante la consulta se otorga información y asesoría	Médico general/ médico familiar
	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Asesoría en consulta para evaluación de bienestar, desarrollo y estado de salud, sobre: salud sexual y reproductiva; métodos anticonceptivos; promover la autoconfianza de los adolescentes, fortalecer el vínculo afectivo con la familia, entregar información y educación sobre hábitos saludables, higiene, salud oral; variaciones normales en el desarrollo del/ la adolescente.		Médico general/ médico familiar
	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Asesoría sobre inicio de vida sexual y derechos del adolescente, acoso sexual, acoso escolar (bullying).		Médico general/ médico familiar
Ciclo de vida	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia	Responsable
Embarazo solo para planes con cobertura de maternidad	Control prenatal en embarazo sin riesgo	Control prenatal de 4 a 6 visitas, incluye: · consulta gineco-obstétrica. · valoración e interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno · clasificación de riesgo obstétrico. · evaluación de bienestar fetal.	6 controles y al menos un control antes de las 20 semanas	Médico general/ ginecoobstetra/ médico familiar

Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría en cada consulta para brindar información sobre la preparación del parto, necesidades nutricionales y suplementación alimenticia con hierro y ácido fólico, lactancia materna, cuidado del recién nacido, salud oral y salud mental; consejería sobre riesgos de vih e its durante el embarazo y parto; prevención y detección de violencia, maltrato, abuso de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, promoción del parto seguro.		Médico general/ ginecoobstetra/ médico familiar
Atención odontológica preventiva en el embarazo	Consulta por odontología para control de salud oral en la mujer embarazada, que incluya evaluación clínica, consejería, higiene y profilaxis.	2 veces durante la gestación	Odontólogo
Detección de riesgos por exámenes de laboratorio clínico	Realización de exámenes de laboratorio: biometría hemática, hematocrito, elemental y microscópico de orina, tipificación de grupo y factor sanguíneo, TP, TTP, urea, glucosa y creatinina, VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con IGG e IGM, PapTest antes de las 20 semanas	1 vez durante el embarazo	Laboratorio

	Atención integral postparto	Consulta médica para evaluación del estado de salud puerperal y referencia a planificación familiar y anticoncepción. (no incluye exámenes de gabinete).	1 consulta entre la semana 1 a 6 post parto	Médico general/gineco-obstetra/ médico familiar
Ciclo de vida	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia	Responsable
Mujeres en edad fértil – mef	Control de mujeres en edad fértil	Consulta ginecológica para evaluación de estado de salud y detección de enfermedades de transmisión sexual. (no exámenes de gabinete, ni interconsulta con otro especialista).	1 vez al año, durante la consulta se debe otorgar información y asesoría	Ginecoobstetra/ médico familiar
	Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría para brindar información sobre planificación familiar, embarazo, hábitos saludables, salud oral y salud mental.		Médico general/ ginecoobstetra/ médico familiar
	Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Consejería para prevención de VIH e ITS; prevención y detección de violencia, maltrato, consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, acoso laboral y acoso sexual.		Médico general/ ginecoobstetra/ médico familiar
Ciclo de vida	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia	Responsable
Adulto joven de 20-49 años	Consulta médica general preventiva	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)	Médico general/ médico familiar

	Consulta médica general preventiva	Transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual, detección del consumo de sustancias adictivas (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).		Médico general/ médico familiar
	Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Información y consejería sobre enfermedades de transmisión sexual; asesoría para planificación familiar; consejería sobre salud oral; asesoría sobre tamizaje de enfermedades crónica e información sobre la valoración auditiva y visual.		Médico general/ médico familiar
Ciclo de vida	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia	Responsable
Adulto/a de 50 a 64 años	Consulta médica general preventiva	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual.	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)	Médico general/ médico familiar
	Consulta médica general preventiva	Detección de riesgos de salud mental como: consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; intento de suicidio, entre otros (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).		Médico general/ médico familiar

	Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría e información sobre condiciones de envejecimiento saludable; consejería para prevención de enfermedades de transmisión sexual; información sobre acciones preventivas para traumatismos, caídas y accidentes.		Médico general/ médico familiar
Ciclo de vida	Tipo de prestación	Actividad específica	Frecuencia	Responsable
Adulto mayor de 65 años	Consulta médica general preventiva	Consulta clínica para evaluación del estado de salud, que incluya examen físico, y anamnesis, identificación de factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo.	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)	Médico general/ médico familiar/ médico geriatra
	Consulta médica general preventiva	Detección de factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, valoración de dependencia funcional, valoración de salud oral, detección de riesgo nutricional, de patologías infectocontagiosas, violencia, maltrato; detección del riesgo de enfermedades de transmisión sexual; detección del riesgo de pérdida auditiva y visual.		Médico general/ médico familiar/ médico geriatra
	Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría, información y promoción de prácticas de nutrición, salud oral, salud sexual y salud mental; información sobre discapacidades y ayudas técnicas; promoción de condiciones de envejecimiento saludable.		Médico general/ médico familiar/ médico geriatra

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para efectos de control asignó al presente condicionado el registro **No. 56691; con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2023-00091424-O** de 27 de septiembre de 2023.

Código de Aprobación ACCESS N°: 011-SC-003

HDI - Seguros S.A.- Quito, Av. Simón Bolívar y vía a Nayón, Centro Corporativo Ekopark, oficinas P7.01, Torre 5- Telf.: +593 24 019810