

**LATINA SEGUROS C.A.
SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA
CONDICIONES GENERALES**

LATINA SEGUROS C.A., en adelante la Compañía, bajo los términos y condiciones generales, especiales y particulares de la presente Póliza, en consideración al pago de la prima efectuado por el Asegurado al momento de la suscripción de la presente Póliza, acuerda asegurar el riesgo descrito en las condiciones particulares de la misma.

Los anexos que se emitan para aclarar, ampliar o modificar las condiciones de esta Póliza tendrán validez cuando cuenten con la firma de la Compañía y el Asegurado.

Si el Asegurado de esta Póliza o de sus anexos no está de acuerdo con las condiciones de la misma, este puede exigir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de recepción de los documentos, vencido este plazo tales documentos se considerarán aceptados y definitivos.

Esta Póliza se sujeta a las disposiciones del Decreto Supremo 1147; la Ley General de Seguros y su reglamento.

Todas las expresiones hechas en singular en éste documento, serán entendidas en plural, cuando su sentido así lo requiera.

ARTÍCULO 1: COBERTURAS.

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 cubre al Asegurado, el riesgo de enfermedad y/o accidente al que está expuesto el Asegurado.

En los términos y condiciones de esta Póliza y de los anexos a ella adheridos, 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, etc., 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, y en cualquier parte del mundo en que se encuentre.

ARTÍCULO 2: EXCLUSIONES.

Esta Póliza no cubre ningún evento directo o indirectamente por o como consecuencia de

- a) Enfermedades o lesiones preexistentes, no declaradas por el Solicitante y/o Asegurado Titular a la Compañía.

- b) Enfermedades congénitas o hereditarias que se hayan manifestado sintomáticamente por primera vez en la vida del Asegurado, sea este titular o dependiente, durante los primeros dieciocho (18) años de vida.
- c) Procedimientos de chequeo médico rutinario y/o profiláctico, tratamientos y/o procedimientos para enfermedades o lesiones que no sean médicamente necesarios o inherentes al diagnóstico. Así también aquellos que no hayan sido ordenados, prescritos, autorizados por o bajo el cuidado de un médico.
- d) Tratamientos y/o procedimientos quiroprácticos, podiátricos, acupuntura, homeopatía, bioenergéticos y cualquier otro tipo de medicinas alternativas o sin registro sanitario. Adicionalmente cualquier procedimiento o tratamiento considerado o que se encuentre en fase experimental cuya indicación no esté aprobada por la FDA (Food & Drug Administration - agencia del gobierno de EEUU responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, suplementos alimenticios, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y productos hemáticos) y/o Organización Mundial de la Salud.
- e) Enfermedades mentales y/o psiquiátricas y/o psicológicas. Esta exclusión comprende también todos aquellos gastos derivados de curas de reposo, surmenage, stress, enfermedades emocionales, desórdenes del desarrollo de la conducta y de la atención.
- f) Cualquier tratamiento de cirugía plástica, con fines exclusivamente estéticos, salvo que sean consecuencia directa y exclusiva de un accidente ocurrido estando esta Póliza vigente. Forman parte de esta exclusión la septoplastia y la rinoplastia.
- g) SIDA, enfermedades relacionadas con este síndrome por la presencia del VIH, salvo que el contagio sea consecuencia directa y exclusiva de una transfusión recibida estando esta Póliza vigente.
- h) Tratamientos y/o procedimientos odontológicos y/o maxilofaciales en general, a menos que sean consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por esta Póliza.
- i) Todo tratamiento por desórdenes de la articulación temporo mandibular (TMJD) o maloclusión.
- j) Gastos por lesiones o enfermedades que sean consecuencia de accidentes de trabajo y/o las enfermedades profesionales, así como cualquier otra lesión o enfermedad cuya indemnización esté garantizada por las leyes laborales.
- k) Enfermedades o lesiones auto inflingidas, estando o no el Asegurado en uso pleno de sus facultades mentales. Entre estas enfermedades o lesiones se incluyen las debidas a cualquier adicción a productos farmacéuticos, drogas, estupefacientes o psicotrópicas, inclusive el alcohol. Así también el suicidio y/o sus tentativas.
- l) Procedimientos anticonceptivos, para esterilización, disfunción sexual, cualquier tipo de infertilidad y de su producto, si lo hubiese, y abortos provocados, a no ser que sean prescritos por un médico.
- m) Enfermedades o lesiones, durante la prestación del servicio militar.
- n) Tratamientos y/o procedimientos para enfermedades o lesiones, causadas directa o indirectamente durante la participación activa en guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades, con o sin declaración de guerra, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, asonada, perturbación del orden público, poder usurpado, ley marcial y motines.
- o) Ingesta o uso de vitaminas, minerales, suplementos nutricionales, hepatoprotectores, alergénos, ansiolíticos, sedantes, terapias del dolor, neurolépticos, estimulantes del apetito, anoréxicos, jabones, filtros solares, shampoo, alimentos para bebés, medicamentos homeopáticos, bioenergéticos, sin registro sanitario y otros similares. Vacunas específicas o inespecíficas, pruebas alérgicas, estimulantes y tratamientos inmunológicos en general.
- p) Lesiones o enfermedades causadas por o relacionadas con radioactividad, radiación ionizada, polución o contaminación y combustión nuclear o artefactos nucleares.
- q) Tratamientos y/o procedimientos para enfermedades o lesiones, resultantes de la participación de cualquier actividad peligrosa, tales como, pero no limitadas a: paracaidismo, montañismo, rodeo, tauromaquia, deportes aéreos, espeleología,

- canotaje en rápidos, carreras con vehículos a motor, participación en cualquier deporte extremo o como profesional.
- r) Los gastos por enfermedades contagiosas que requieren aislamiento o cuarentena. Se exceptúa de esta exclusión aquellas en las cuales el Ministerio de Salud señale expresamente que deban ser atendidas, como el caso del virus H1N1.
 - s) Adquisición de aparatos auditivos, lentes intraoculares, anillos intracorneales, lentes de contacto y/o anteojos.
 - t) Tratamientos médicos o quirúrgicos para enfermedades de refracción visual. Comprende también los gastos por tratamiento de queratotomía radial, cirugía correctiva ocular, vicios de refracción o tratamientos similares. Así también, la adquisición de anteojos, cristales, lentes de contacto.
 - u) Suministro o alquiler de prótesis, ingertos liofilizados, muletas, aparatos ortopédicos, bastón, andador y ortesis, plantillas, suspensorios, cabestrillos, zapatos ortopédicos, fajas, bragueros, corsets, o similares. Así también equipos e instrumental médico, tales como pero no limitados a tensiómetro, termómetro, glucómetro, oxímetro, nebulizador, humidificador, equipos para terapia física o respiratoria.
 - v) Lesiones o enfermedades como consecuencia de la aplicación de Rayos X, radioterapia, radium, isótopos.
 - w) Tratamientos relativos a la obesidad, sobrepeso, delgadez, alopecia, problemas de crecimiento, talla corta, o gigantomastia.
 - x) Consulta y tratamientos dermatológicos, relacionados con aspectos cosmetológicos. Se excluye los gastos por preparados dermatológicos, sustancias exfoliativas, jabones, cremas neutras, shampoo y protectores solares aun si son por prescripción médica. Sobre el tratamiento del acné en cualquiera de sus manifestaciones, se cubrirá únicamente la medicación antibiótica.
 - y) Trasplantes de órganos, incluidos los gastos médicos en los que incurra el donante.
 - z) Tratamientos médicos, controles, exámenes, medicamentos u otros por hiposterogenismo, climaterio, menopausia, andropausia y/o sus complicaciones o consecuencias, entre ellas la osteoporosis.
 - aa) Tratamiento médico realizado por parte de un familiar del Asegurado, hasta el segundo (2do) grado de consanguinidad y afinidad, cualquier auto terapia, incluyendo auto prescripción de medicamentos, así como las secuelas y complicaciones derivadas de ésta.
 - bb) En caso de una mala práctica médica, la Compañía será responsable única y exclusivamente del pago de los gastos médicos hasta el monto contractual establecido según las enfermedades y/o accidentes cubiertos, conforme se establece en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

ARTÍCULO 3: DEFINICIONES

Para efectos de la presente Póliza se entenderá por:

- a) **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.
- b) **Arancel:** valor de la prestación de un servicio, sobre el cual se reembolsa de acuerdo al plan de beneficios contratado. Este valor se registra en el tarifario donde se detallan todas las prestaciones médicas quirúrgicas y no quirúrgicas, relacionadas con la salud.

Si el valor real de las prestaciones y beneficios médicos fuese menor que el indicado en el tarifario, la restitución se calculará sobre el valor efectivamente pagado.

La tabla de beneficios contratada y la denominación del tarifario referencial, constan en las condiciones particulares de esta Póliza.

- c) 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. Para que una persona adquiera la condición de Asegurado, debe satisfacer, las siguientes estipulaciones:
- 1) Que cumpla con los requisitos de asegurabilidad de estas condiciones generales;
 - 2) Que sean expresamente aceptados por la Compañía; y,
 - 3) Que sean expresamente registrados en las condiciones particulares de esta Póliza.
- d) Atención Ambulatoria: Atención médica que no requiere hospitalización proporcionada por un médico legalmente autorizado, abarca honorarios, medicinas recetadas, exámenes de laboratorio y rayos X.
- e) 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.
- f) Contratante: 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.
- g) 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.
- h) Enfermedad o Incapacidad: Alteración de la salud que se manifieste a través de síntomas y se diagnostique por un médico.
- i) Enfermedad congénita: enfermedad que tuvo su origen durante el período de gestación, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período gestacional y que den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como una sola incapacidad.
- j) Enfermedad Preexistente: Para todos los efectos de esta Póliza una enfermedad se considerará preexistente, cuando haya sido conocida por el Asegurado, habiéndose diagnosticado y/o tratado, con anterioridad a la suscripción de esta Póliza.
- k) 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.
- l) 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.
- m) Fecha de emisión: fecha en la cual se emite esta Póliza y que se indica en las condiciones particulares.
- n) Gastos necesarios, razonables y acostumbrados: 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.

- o) 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.
- p) 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.
- q) Incapacidad: situación de enfermedad 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.
- r) 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.
- s) Período de incapacidad: tiempo máximo durante el cual por una misma lesión, daño y/o sus secuelas, causadas por enfermedad o accidente, el Asegurado puede incurrir en gastos médicos y solicitar el reembolso.
- t) 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.
- u) 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.
- v) Síntoma: fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y que permite determinar su naturaleza.
- w) 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.

ARTÍCULO 4: VIGENCIA

Esta Póliza entra en vigencia en la fecha de inicio señalada en las condiciones particulares, siempre que haya sido firmada por las partes y el Asegurado haya pagado la prima correspondiente según lo pactado; y, terminará en la fecha indicada en dichas condiciones particulares; pudiendo renovarla de acuerdo con lo establecido en esta Póliza

ARTÍCULO 5: ELEGIBILIDAD

Son asegurables a los efectos de esta Póliza las personas con edades comprendidas entre los dieciocho (18) y los sesenta y cinco (65) años de edad, ambas inclusive.

Son elegibles como dependientes única y exclusivamente él o la cónyuge o conviviente permanente legalmente registrada (o), los hijos, hijastros e hijos legalmente adoptados, desde el momento de su nacimiento y/o adopción hasta el cumplimiento de los dieciocho (18) años de edad o hasta el último día del mes en que cumpla los veintitrés (23) años de edad, siempre y cuando sean solteros, estudiantes, dependientes económicamente del Asegurado principal y se encuentren registrados en esta Póliza.

ARTÍCULO 6: EDAD DEL ASEGURADO

Para efectos de esta Póliza se considerará la edad actuarial del Asegurado, correspondiente a la edad al cumpleaños más próximo a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza.

Si la edad verdadera del Asegurado resultase mayor que la declarada, y siempre que no sobrepase el límite previsto por la Compañía para esta Póliza, el valor asegurado y demás valores acordados por esta Póliza se reducirán a las sumas que, dada la prima pagada, correspondan proporcionalmente a la prima de la edad verdadera.

Si la edad verdadera del Asegurado resultase menor que la declarada, el valor asegurado y demás valores acordados por esta Póliza se incrementarán a las sumas que, dada la prima pagada, correspondan proporcionalmente a la prima de la edad verdadera en tanto y en cuanto el nuevo valor asegurado resultante no de lugar a la solicitud de requisitos adicionales de selección por parte de la Compañía.

De acontecer esto último, la Compañía se reserva la facultad de solicitar los requisitos adicionales que estime necesarios o procederá a devolver al Contratante o a los Beneficiarios, según corresponda, el monto del excedente de primas cobradas sin intereses sobre las mismas, procediendo asimismo a reajustar las primas futuras.

Cuando se comprobase que la edad del Asegurado a la fecha de contratarse esta Póliza sobrepasaba la máxima establecida y aprobada para esta Póliza, la Póliza será considerada nulo.

ARTÍCULO 7: VALOR ASEGURADO

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

ARTÍCULO 8: 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 9: 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.

ARTÍCULO 10: 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.

ARTÍCULO 11: CONTINUIDAD DE COBERTURA: consiste en mantener los mismos términos y condiciones otorgados en la Póliza de seguros de asistencia médica o afín, inmediatamente anterior.

La continuidad de cobertura podrá ser otorgada únicamente a los Asegurados que formen parte del grupo asegurado asociado a un Contratante de la línea de negocios corporativa, que haya mantenido vigente una Póliza de seguros asistencia médica, siempre que se cumpla con lo siguiente:

- a) Al momento del diagnóstico de la enfermedad preexistente, el Asegurado debió encontrarse bajo la cobertura de un plan de asistencia médica o medicina prepagada.
- b) El contrato o Póliza inmediatamente anterior debió permanecer vigente por lo menos durante un (1) año
- c) El Asegurado debió permanecer vigente y activo durante por lo menos un (1) año, contado desde su inclusión en el contrato o Póliza vigente anterior.
- d) La inclusión en el nuevo plan deberá realizarse dentro de máximo quince (15) días posteriores al fin de la cobertura del plan anterior.
- e) La preexistencia no debió estar excluida bajo el contrato o Póliza anterior y por tanto deberá ser un riesgo cubierto por la Póliza que es objeto de suscripción.
- f) Si la preexistencia no fue excluida del plan anterior, como resultado de la no declaración oportuna, falsedad o reticencia por parte del Asegurado y/o Contratante, entonces esta condición o riesgo no podrá ser cubierta en el nuevo plan contratado, siendo totalmente excluida de la Póliza.
- g) La Compañía podrá limitar la cobertura de las preexistencias a los límites que tenía esa condición en el plan donde se evidenció el diagnóstico.
- h) La Compañía podrá analizar el impacto económico de las preexistencias y fijar una extra prima o limitar las condiciones de la cobertura de manera acorde a cada caso.
- i) En el caso de enfermedades graves, catastróficas o degenerativas la Compañía aplicará la continuidad de cobertura según la Ley Orgánica de Discapacidades y su reglamento vigente.

ARTÍCULO 12: DECLARACIÓN FALSA.

El Asegurado está obligado a declarar objetivamente el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía. La reticencia o la falsedad acerca de aquellas circunstancias que, conocidos por la Compañía, la hubieren hecho desistir de la celebración de la Póliza, o inducido a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa la Póliza.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, los vicios enumerados en el inciso anterior producen el mismo efecto, siempre que el solicitante encubra culpablemente circunstancias que agraven objetivamente la peligrosidad del riesgo.

Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía de dichas circunstancias antes de perfeccionarse la Póliza, o después, si las acepta expresamente.

ARTÍCULO 13: PAGO DE PRIMAS

El Asegurado o el Contratante de la Póliza están obligados al pago de la prima en el momento de la suscripción de la Póliza, así como de todos los anexos que generen prima, para lo cual bastará un simple requerimiento de la Compañía en ese sentido.

Las primas son pagaderas al contado y por anticipado, 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.

En caso de que la Compañía aceptare dar facilidades de pago al Asegurado para cobrar la prima, el incumplimiento en el pago de las cuotas financiadas dentro del plazo estipulado en las condiciones particulares prescribirán los derechos al pago de la indemnización de un siniestro. En el caso de terminación anticipada del seguro según lo estipulado en estas condiciones generales se procederá a la devolución de la prima pagada no devengada.

La facilidad de pago mencionada en el inciso anterior, no es aplicable al pago de la cuota inicial de la prima, ya que la Póliza no se considerará vigente mientras dicha cuota no haya sido pagada en efectivo.

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

En caso de anexos sujetos a pago de primas, el no pago de la respectiva prima o de sus cuotas, si estos son otorgados con facilidades de pago, dejará sin efecto el correspondiente endoso, permaneciendo inalteradas las coberturas y condiciones que regían anteriormente a la incorporación del mismo.

ARTÍCULO 14: 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 15: TERMINACIÓN ANTICIPADA

Durante la vigencia de la presente Póliza, el Asegurado podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, mediante notificación escrita a la Compañía, devolviendo el original de esta Póliza, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima aplicando la tarifa de corto plazo.

La tabla de corto plazo a aplicar en este artículo es la siguiente:

Tarifa de Vigencias fraccionaria al año	
Meses	Factor
Hasta 1	0.25
Hasta 2	0.40
Hasta 4	0.50
Hasta 6	0.75
Hasta 8	0.90
Hasta 10	0.95
Hasta 12	1.00

ARTÍCULO 16: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

- a) 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

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 la leyes sobre la Póliza.

ARTÍCULO 17: DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA PERFECCIONAR LA RECLAMACIÓN

El Asegurado solicitará la reclamación en la oficina de la Compañía presentando los siguientes documentos:

- a) Formulario de reclamación;
- b) Informe y certificado del o los médicos tratantes detallando las causas y la fecha del siniestro;

- c) Originales de facturas fechadas y personalizadas por la compra de medicamentos con su respectiva receta;
- d) Originales de facturas fechadas y personalizadas por honorarios médicos y de enfermeras graduadas;
- e) Originales de facturas fechadas y personalizadas por exámenes de laboratorio y/o imagen con su respectiva orden original y resultados, copia del informe médico en caso de exámenes de imagen;
- f) Originales de facturas fechadas y personalizadas de hospital o clínica con todos los soportes de gastos desglosados en caso de atención ambulatoria u hospitalización, así como la historia clínica 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; y,

La Compañía podrá obviar cualquier documento de lo antes citado cuando así lo considere necesario.

ARTÍCULO 18: PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

- 1) Cuando la reclamación fuere fraudulenta;
- 2) Cuando el siniestro hubiere sido voluntariamente causado por el Asegurado o con su intervención o complicidad;
- 3) Cuando prescriban los derechos al pago de la indemnización; y,
- 4) La mala fe del Asegurado en la reclamación o comprobación del derecho al pago del importe del siniestro.

ARTÍCULO 19: BASE DE LA INDEMNIZACIÓN

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:

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) Reembolso / Convenio.- La Compañía indemnizará y reembolsará la parte correspondiente según lo establecido en la Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 20: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de existencia de otros seguros que proporcionen los beneficios cubiertos por esta Póliza, el Asegurado podrá acudir (hacer la reclamación) a cualquiera de ellos a su elección, en cuyo caso la Compañía a la que acuda pagará el valor real de los gastos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos y coordinará con los otros seguros de tal forma que el total pagadero no sobrepase el cien por cien (100%) de los gastos cubiertos ni exceda de la suma asegurada. La Compañía no exigirá la presentación de facturas originales si en vez de ellas se presentan los documentos originales comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el Asegurado.

La coordinación de beneficios garantiza que se paguen los gastos cubiertos y que los pagos combinados de todos los programas no superen el costo real de la atención brindada. La coordinación impide los pagos por duplicado.

ARTÍCULO 21: SUBROGACIÓN

En virtud del pago de la indemnización la Compañía se subroga, hasta el monto de su importe, todos los derechos del Asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no podrá renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro en perjuicio de la Compañía. Tal renuncia le acarrea la pérdida del derecho a la indemnización.

A petición de la Compañía, el Asegurado deberá hacer todo lo que este a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos de subrogación y será responsable de los perjuicios que le acarree a la Compañía su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación. En todo caso, si su conducta proviene de su mala fe perderá el derecho a la indemnización.

La Compañía no puede ejercer la acción subrogatoria en los casos contemplados en la ley.

ARTÍCULO 22: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Ocurrido el evento cubierto al Asegurado, estando esta Póliza en pleno vigor, la Compañía efectuará el pago del valor asegurado que corresponda, dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de toda la documentación exigida.

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.

ARTÍCULO 23: MEDIACIÓN Y/O ARBITRAJE

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el Asegurado o beneficiario con relación a esta Póliza, tal diferencia o disputa, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo a arbitraje o mediación, en cualquiera de los centros de arbitraje o mediación que legalmente operen en el domicilio de la Compañía.

Los árbitros deberán, no obstante, juzgar desde el punto de vista de la práctica del seguro que de estricto derecho. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes

ARTÍCULO 24: 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 25: 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; las acciones contra el Asegurado o beneficiario, en el domicilio del demandado

ARTÍCULO 26: PRESCRIPCIÓN

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta Póliza prescriben en dos (2) años a partir del acontecimiento que les dio origen.



El Asegurado, podrán 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 las presentes condiciones generales el número de registro 42627, el 14 de Octubre de 2016.