

**SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA MÉDICA
CONTRATO CORPORATIVO
MODALIDAD MIXTA**

CONDICIONES GENERALES

AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., en adelante la Compañía, en virtud a la solicitud presentada por el Contratante y a las declaraciones de asegurabilidad contenidas en dicha solicitud realizadas por él o los interesados, en adelante el o los Asegurados, las cuales son base de este contrato y forman parte de él, de conformidad con las condiciones generales, especiales y particulares del mismo, durante la vigencia de esta Póliza y en los períodos de renovación de la misma, si los hubiere, ampara el siguiente riesgo:

**CONDICIÓN PRIMERA
RIESGO CUBIERTO**

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos, exclusiones, cláusulas y condiciones contenidas en la Póliza o a ella endosados, éste contrato se extiende a pagar los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios necesarios, razonables y acostumbrados incurridos por los Asegurados y/o sus Dependientes, por tratamiento médico-quirúrgico de una lesión o enfermedad, que haya sido sufrida o contraída por parte del Asegurado y/o sus Dependientes.

Se cubrirán enfermedades preexistentes, exclusivamente, en los casos en que libre y voluntariamente se acuerde con el contratante.

**CONDICIÓN SEGUNDA
DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS**

- Las Coberturas otorgados al amparado de este Contrato estarán sujetos a los montos máximos establecidos en la Tabla de Coberturas a través de las Condiciones Especiales de esta Póliza.

2.1. COBERTURA DE GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN:

Atención dada en un Hospital y/o Clínica autorizada para el efecto cuya prescripción sea dada por un profesional de la salud que atienda al Asegurado y/o Dependiente. Esta cobertura incluirá alimentación, habitación, visitas médicas, 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, hospital del día y honorarios profesionales.

Para acceder a nuestros beneficios en red cerrada podrán aplicar a crédito hospitalario y en caso de red abierta vía reembolso, bajo el tarifario de la tabla Mc Graw Hill y con base en lo convenido con los prestadores médicos.

En el caso de emergencia que requiera una hospitalización por accidente o por enfermedad conforme al sistema del triage para emergencias oficial adoptado por la Autoridad Sanitaria Nacional, el Asegurado y/o Dependiente, tendrá derecho al financiamiento, el mismo que podría ser mediante reembolso al asegurado o crédito en prestadores de red, previa presentación de documentos que habiliten su pertenencia al grupo asegurado y la evidencia de la emergencia por historia clínica con Hoja 008.

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

En accidentes de tránsito el prestador solicitará la *autorización de la atención al Sistema Público para Pago de Accidentes de Tránsito SPATT*. Una vez agotado el monto de cobertura de este organismo, la Compañía aplicará la cobertura respectiva.

En caso de que el Asegurado y/o Dependiente, se encuentre en mora del cumplimiento del pago de primas por tres (3) meses consecutivos y previa notificación escrita al Asegurado y/o Dependiente por parte de la Compañía, de acuerdo al artículo 31 de la Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y de Asistencia Médica, se brindará cobertura de emergencia hasta la estabilización del paciente.

Los procedimientos hospitalarios programados requieren autorización previa por parte de la Compañía.

Las atenciones deberán ser atendidas por cualquier prestador de salud que cuente con la autorización para funcionar otorgada por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Si un Asegurado y/o Dependiente incurre en gastos a consecuencia de una Incapacidad con respecto a su Hospitalización, la Compañía pagará las siguientes coberturas:

2.1.1. Coberturas Diarias

Es el gasto incurrido por el Asegurado y/o Dependiente por los cargos regulares, razonables y acostumbrados, en el Hospital o Clínica por prestaciones sanitarias y honorarios de los profesionales de la salud, otorgados durante su hospitalización, sin exceder el beneficio máximo diario por cada día de hospitalización y la cantidad máxima durante cualquier Incapacidad, determinada en las Condiciones Especiales de la tabla de cobertura de la Póliza.

2.1.2. Cobertura de Cuidado Intensivo

Son los gastos médicos incurridos por el Asegurado y/o sus Dependientes necesarios razonables y acostumbrados entregados por cualquier Hospital o Clínica debidamente autorizados para dicha atención, hasta el límite de días y montos estipulados en las Condiciones Especiales de la tabla de cobertura de la Póliza.

A los fines de esta cláusula, la “Unidad de Cuidado Intensivo de un Hospital”, se referirá solamente a una sección, sala o ala del Hospital, la cual se distingue de otras dependencias del Hospital debido a:

1. Que opera únicamente al efecto de brindar alojamiento, cuidado profesional y tratamiento a pacientes críticos.
2. Que tiene servicios especiales, equipos y suministros necesarios para ese cuidado y tratamiento.

2.1.3. Coberturas por Servicios Hospitalarios

Es el gasto incurrido por los cargos realizados en el Hospital o Clínica por servicios hospitalarios integrales suministrados al Asegurado y/o Dependiente, por el uso durante su internación.

Los honorarios y procedimientos médicos se pagarán de acuerdo a la codificación del tarifario de la tabla Mc Graw Hill, el cual corresponde al detalle de los procedimientos generalmente utilizados, sea por autoridades de salud o por empresas aseguradoras de salud o financiamiento de salud. El factor de conversión monetario establecido por la Compañía corresponde al usualmente utilizado o convenido con el respectivo proveedor médico

No se pagarán beneficios por los cargos hechos por enfermeras particulares, técnicos y médicos no empleados regularmente por el Hospital.

2.1.4. Cobertura de Atenciones en Sala de Emergencia

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

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

1. Toda emergencia y urgencia médica hasta superar el riesgo vital tendrá cobertura con base en la Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y de Asistencia Médica y de acuerdo a lo estipulado en Condiciones Especiales de la tabla de cobertura de la Póliza.
2. Serán considerados emergencias, las condiciones que se ajusten a lo dispuesto por la Autoridad Sanitaria Nacional. Se pagará hasta el monto de la cobertura, al momento de la solicitud del prestador, luego de realizada la auditoría de los procedimientos médicos y facturación, independientemente del copago descrito en las Condiciones Especiales de la tabla de cobertura de la Póliza. Las condiciones de salud que se ajusten a los criterios de prioridad 1 y 2 de Manchester se considerarán emergencias y se someterán a la forma de cobertura para las demás prestaciones.

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 ambulatorias.

2.1.5. Coberturas de Cirugía y Anestesia

Si un Asegurado y/o Dependiente incurre en gastos por cirugía, a consecuencia de una Incapacidad, la Compañía pagará, una cantidad calculada con base en el tarifario de la tabla Mc Graw Hill y con base en lo convenido con los prestadores médicos.

1. El pago por todos los gastos de cirugía practicadas durante cualquier Incapacidad, no excederá el máximo quirúrgico por Incapacidad, determinado en las Condiciones Especiales de la tabla de cobertura de la Póliza.

2. En los casos de intervenciones quirúrgicas programadas "No Urgentes" el Asegurado y/o Dependiente deberá entregar el formulario de Pre-Autorización a la Compañía, dicho formulario será proporcionado por la Compañía.. Posteriormente la mencionada Pre-autorización deberá ser devuelta a la Compañía con al menos cuarenta y ocho horas (48) laborables antes de intervención y suscrita por Asegurado y/o sus Dependientes y Médico Tratante.
 - a. Las Cirugías sustentadas con la Pre-Autorización serán cubiertas de acuerdo al plan contratado y detallado en las Condiciones Especiales de la tabla de cobertura de la Póliza.
 - b. Las cirugías sin la Pre-Autorización serán cubiertas al 60% de acuerdo al tarifario, siempre y cuando no sea una emergencia.

3. Los pagos de honorarios médicos serán de acuerdo al tarifario de la tabla Mc Graw Hill y con base en lo convenido con los prestadores médicos, los valores que cobra un profesional de la salud debidamente acreditado por la Autoridad Competente, conforme al tarifario de la tabla Mc Graw Hill y con base en lo convenido con los prestadores médicos.

La unidad de valor relativa y factor de conversión monetario serán definidos de acuerdo al tarifario de la tabla Mc Graw Hill y con base en lo convenido con los prestadores médicos.

En el caso de participación de médicos anestesistas y/o ayudantes sus honorarios serán reconocidos conforme el tarifario de la tabla Mc Graw Hill y con base en lo convenido con los prestadores médicos,

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

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

sustentado debidamente en la Historia Clínica del paciente.

Los Honorarios Médicos serán cobrados en referencia al Tarifario del Sistema de Valores Relativos para Médicos, para el cobro de honorarios, registrará el código, el nombre del procedimiento, el valor en unidades. Los valores de las unidades de los diferentes procedimientos se consideran el techo máximo de honorarios que pueden ser cobrados.

Honorarios Cirujanos:

En el cobro de honorarios por procedimiento quirúrgico, están incluidas las visitas diarias de los cirujanos a los pacientes, hasta por 7 días. A partir del octavo día, el cirujano cobrará lo correspondiente al cuidado diario del paciente, establecido en el tarifario

Procedimientos clínicos o quirúrgicos con dos médicos

En el caso de que un procedimiento clínico o quirúrgico sea realizado por dos médicos, éstos procederán a cobrar el 150% del honorario fijado para el procedimiento y luego procederán a distribuir dicha cantidad en partes iguales; o el 100% del procedimiento podría ser cobrado por el Médico Principal, y el 50% por el segundo Médico.

Política de Procedimientos Múltiples

Si un Médico realiza más de un procedimiento clínico o quirúrgico en el mismo paciente en la misma vía de abordaje y en el mismo acto quirúrgico, deberá proceder a cobrar de la siguiente manera:

El 100% del honorario total por el procedimiento de más alto valor, el 50% del honorario total por el segundo

procedimiento de más alto valor, el 25% por cada procedimiento adicional.

Si un médico realiza más de un procedimiento quirúrgico en el mismo paciente, con distinta vía de abordaje, o en diferente momento de tiempo en el día, procederá a cobrar los procedimientos con el 100% del honorario.

Cirugías Bilaterales

El Tarifario normalmente contempla los códigos de este tipo de cirugías. De no encontrarse listadas se cobra el 100% por cada lado de intervención quirúrgica.

Honorarios Anestesiología

Los valores para los servicios de Anestesiología, están listados para cada procedimiento bajo la cuarta columna del Tarifario en la sección de Cirugía; y en forma general en la Sección de Anestesia. Las unidades incluyen las visitas pre y post operatorias.

Se ha incluido el reconocimiento del tiempo quirúrgico como un modificador en la facturación de los honorarios, en respuesta a la recomendación de la Sociedad Americana de Anestesiología y a la incorporación de este modificador en el Sistema de Unidades Relativas para Médicos.

De acuerdo a los convenios establecidos con los proveedores otra fórmula de cálculo para los honorarios del médico anestesiólogo es calcular el 35% del honorario del cirujano principal.

2.1.6. Cobertura de Gastos de Acompañantes

Este beneficio será pagadero hasta el máximo especificado en Condiciones Especiales de la tabla de cobertura de este Contrato y cubrirá los gastos de

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

cama y alimentación del acompañante a recién nacidos, menores de 16 años y adultos mayores de 75 años.

2.2. COBERTURA DE MATERNIDAD

1. 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 pos término; complicaciones que se presenten antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término, pre término o pos 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 pos 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.
2. Se dará cobertura a la Asegurada titular, cónyuge o conviviente legal, dependiente del Asegurado titular, a causa de embarazo, que inicie sesenta (60) días después de la fecha efectiva de cobertura del seguro bajo este Contrato o de la inclusión del Asegurado titular y/o su cónyuge o conviviente legal.
3. Si el embarazo se produjera durante el periodo de carencia, la inclusión intraútero del nonato 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.
4. Para otorgar cobertura a las cónyuges dependientes de titulares varones (siempre y

cuando estén dentro de la póliza), los titulares varones deberán cambiarse de categoría T+1 (cónyuge) a la categoría de titular más familia, dentro de un plazo de 90 días, contados desde el inicio de fecha de gestación con su respectivo pago retroactivo de primas, para lo cual se requerirá documento médico que certifique la fecha de inicio de gestación. La titular mujer tendrá cobertura de maternidad estando en cualquier categoría, debiendo cambiar de categoría recién en el momento del nacimiento del bebé.

2.3. COBERTURA DE GASTOS AMBULATORIOS

Son aquellas prestaciones de salud que no requieren el internamiento u hospitalización del paciente en una casa de salud.

Estas corresponden a consultas médicas, exámenes médicos de laboratorio clínico y/o de imagen y/o suministro de medicinas, terapias de rehabilitación, físicas, cardíacas, de lenguaje, respiratorias, vacunas, diálisis y hemodiálisis; o cualquier procedimiento especial ambulatorio detallado en Condiciones Especiales de la tabla de cobertura de la Póliza.

2.4. COBERTURA DE AMBULANCIA

Si un Asegurado y/o Dependiente, a causa de lesión corporal o enfermedad requiere del servicio de ambulancia (transporte terrestre, aéreo y fluvial) la misma deberá ser legalmente autorizada por la Autoridad Competente, adecuada para trasladar hasta un Hospital o Clínica y cuando sea médicamente necesaria.

2.5. COBERTURA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CATASTRÓFICAS DEGENERATIVAS Y RARAS

Estas enfermedades tendrán cobertura de acuerdo al artículo 15, numeral 9 de la Ley Orgánica que Regula las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten cobertura de Seguros de Asistencia Médica.

2.6. COBERTURA PARA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA MÉDICA

Se pagará los gastos médicos, sin exceder el monto máximo establecido en las Condiciones Especiales de la tabla de cobertura del Contrato, de acuerdo al tarifario de la tabla Mc Graw Hill y con base en lo convenido con los prestadores médicos.

2.7. COBERTURA PARA PRESTACIONES CON TARIFA CERO

Prestaciones de prevención primaria conforme la Condición vigésima octava del presente Contrato.

Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional.

2.8. COBERTURA PARA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS, GENÉTICAS Y HEREDITARIAS

Se cubrirá de acuerdo con las mismas condiciones establecidas para cualquier otra incapacidad.

2.9. COBERTURA PARA ATENCIÓN A ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Se cubrirán enfermedades preexistentes, exclusivamente, en los casos en que libre y voluntariamente se acuerde con el contratante.

2.10. ATENCIÓN ONCOLÓGICA

Se cubrirá de acuerdo con las mismas condiciones establecidas para cualquier otra incapacidad

2.11. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Trasplante de órganos, cuya atención y cobertura se sujetará provisto a 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 deriven de dichos procesos, y, las de suministro de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y receptor.

Esta cobertura se otorgará hasta el monto máximo contratado incluyendo los gastos médicos incurridos por el donante hasta el momento que se haya concluido con el procedimiento del trasplante a favor del titular y/o dependiente en el hospital y/o clínica y se le haya otorgado el Alta médica del mismo).

Como cualquier incapacidad, el 70% del monto asegurado contratado será para el Titular receptor el 30% restante del monto asegurado contratado será para el donante.

2.12. SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Se cubrirá de acuerdo con las mismas condiciones establecidas para cualquier otra incapacidad.

CONDICIÓN TERCERA CARENCIAS

Los beneficios descritos en la Cláusula Segunda de la presente Póliza estarán sujetos a los siguientes períodos de carencia:

3.1. Las prestaciones médicas requeridas en la atención de embarazo y parto se pagarán siempre

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

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

que el embarazo haya sucedido, sesenta (60) días después del inicio de la cobertura de beneficios de la presente Contrato.

3.2. Las atenciones ambulatorias se pagarán luego de un período de treinta (30) días desde el inicio de vigencia del presente Contrato.

3.3. Las atenciones hospitalarias se pagarán luego de un período de noventa (90) días desde inicio de vigencia del presente Contrato.

3.4. Las atenciones de emergencia y urgencia médicas se pagarán luego de transcurridas veinte y cuatro (24) horas desde el inicio de vigencia del presente Contrato.

3.5. De conformidad a la Ley Orgánica de Discapacidad, su reglamento y disposiciones legales todas condiciones preexistentes relacionadas a la discapacidad de una persona que la padezca, y que esté debidamente calificada, y de acuerdo a la misma ley antes nombrada, estará cubierta por veinte (20) salarios básicos unificados con una carencia de tres (3) meses para atenciones ambulatorias y hospitalarias y veinte y cuatro (24) horas para atenciones por emergencias y urgencias.

En caso de montos asegurados inferiores a los veinte (20) salarios unificados el monto asegurado a reconocer será el estipulado en Condiciones Especiales de la tabla de cobertura de la Póliza.

CONDICIÓN CUARTA CONTINUIDAD DE COBERTURA

La Compañía se obliga a mantener asegurado, bajo otra póliza corporativa con términos y condiciones muy similares con continuidad de cobertura y sin dejar vacío de tiempo entre la salida de una Póliza y la entrada a otra, por lo tanto, no se solicitará requisitos de asegurabilidad.

Lo anterior se aplicará tanto al grupo inicial como a nuevas inclusiones en el transcurso de la vigencia.

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

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

CONDICIÓN QUINTA EXCLUSIONES GENERALES

Este Contrato no asegura y no se pagarán beneficios por, o a causa de:

1. Procedimientos quirúrgicos, médicos, ortopédicos y medicamentos de índole estética, de embellecimiento, rejuvenecimiento, control de peso, calvicie, talla baja (hormonas de crecimiento) o de uso cosmético en general. Se exceptúa, la cirugía cosmética en caso de accidente, la cirugía reconstructiva y las hormonas de crecimiento como consecuencia de una enfermedad catastrófica o rara, también se exceptúa procesos en el caso del control de peso en casos de malnutrición, de acuerdo a lo descrito en los lineamientos sanitarios correspondientes.
2. Gastos de fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional.
3. Exámenes médicos de control u otros exámenes generales, que incluyan consultas con o sin hospitalización, exámenes de laboratorio, rayos X, medicamentos, radiografías, fisioterapia, radium o isótopos, que sean de carácter preventivo, exceptuando lo establecido en la Póliza y sus Contratos. Aquellos tratamientos que no tengan la finalidad de tratar condiciones de enfermedad o lesión. Se exceptúan las prestaciones de prevención primaria incluidas en el Contrato de tarifa cero.
4. Vitaminas en caso de tratamientos preventivos, ansiolíticos, sedantes, tranquilizantes, somníferos y suplementos nutricionales, salvo que haya sido diagnosticada una incapacidad y la misma sea prescrita por médico tratante.

5. Medicación vendida directamente por el Médico, exceptuando si cuenta con autorización del Autoridad Competente para el expendio de dichos medicamentos.
6. Exámenes dentales, extracciones, calzas cuidados dentales, tratamientos odontológicos de toda índole, incluyendo prótesis dental, excepto la extracción de terceros molares o muelas del juicio, y el tratamiento de la pieza natural lesionada en caso de un accidente externo y violento dentro de los primeros cientos ochenta (180) días de haber ocurrido dicho accidente. No se amparará cirugía maxilofacial con fines estéticos. Sin embargo, se otorgará cobertura en caso de diagnóstico de cáncer y eventos accidentales que ocurran mientras el Asegurado y/o Dependiente, estén amparados bajo este contrato.
7. La corrección por medio de tratamiento médico o quirúrgico de los defectos de refracción visual (eximer laser), o suministro de anteojos, lentes de contacto, o audífonos.
8. Cualquier enfermedad sobrevenida por o durante participación o insurrección, revolución, huelga, asonada, motín, conmoción civil, guerra declarada o no, competencias de velocidad automovilísticas, motociclísticas, ciclísticas, medios acuáticos, ecuestres o deportes peligrosos, actividades ilícitas, riña originada por el Asegurado y/o Dependiente y lesiones tardías o inmediatas por fisión o fusión nuclear.
9. Enfermedades contagiosas que requieren aislamiento o cuarentena y epidemias declaradas por el Ministerio de Salud Pública.
10. Rinoplastías, xantomas o xantelesmas, corrección de ptosis parpebrales (párpado caído), keratosis en cualquier localización, siempre que se deriven de tratamientos estéticos.
11. Gigantomastias, siempre que se deriven de tratamientos estéticos.
12. Diagnóstico general o por laparoscopia para tratamientos de esterilidad y fertilización, inseminación artificial, impotencia y/o frigidez.
13. Procedimientos no reconocidos o aceptados científicamente, procedimientos nuevos considerados experimentales, investigativos, así como medicina deportiva o música terapia.
14. Trasplantes experimentales de órganos.
15. Cualquier tipo de criopreservación de células, así como su implantación o reimplantación.
16. Aparatos ortopédicos, mecánicos o bioeléctricos, de cualquier clase, excepto lo descrito como beneficio dentro de la Póliza.
17. Servicios prestados por familiares cercanos al paciente (que se encuentren comprendidos dentro del cuarto (4to) grado de consanguinidad o segundo (2do) de afinidad) o cualquier otro que viva con el Asegurado y/o Dependiente.
18. Vacunas o medicamentos no alopáticos a menos que cuente con el Registro Sanitario correspondiente, a excepción de beneficios detallados en la Póliza.
19. Gastos médicos en los que incurran una vez expirada la vigencia de este contrato.

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

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

20. Enfermedades y sus complicaciones como consecuencia de la aplicación de Rayos X, radio terapia, radium e isotopos.
21. Competencias profesionales de velocidad o deportes peligrosos y extremos, los cuales pongan en peligro eminente la vida y la integridad del asegurado, y que comportan una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican, tales como box, lucha libre, lucha grecorromana, equitación, tauromaquia, motocross, alas delta - parapente, rafting, escalada natural, buceo, esquí, surf, alpinismo y montañismo, rapel, canopy, monta de toros, jumping, salto base, automovilismo, rally, salto en paracaídas, downhill, buying jumping. Será potestad de la Compañía el poder analizar el riesgo para poder o no dar cobertura

CONDICIÓN SEXTA DEFINICIONES

Sin perjuicio de las demás definiciones contenidas en la Póliza, para efectos de este Contrato se entiende por:

Asegurado. - Cualquier persona natural vinculada con el contratante que conforme el Grupo Asegurable, cuya vida se ampara, a base de los listados y formularios proporcionados por este y aceptado por la Compañía.

Beneficiario. - Persona o personas que, ocurrido el siniestro, en los términos amparados por esta Póliza, recibirán de la Compañía el producto del seguro, en la proporción determinada en las Condiciones Especiales de la tabla de cobertura de la póliza o en su defecto por la ley.

Contratante y/o Solicitante y/o Tomador. -

Persona natural o jurídica que solicita y celebra el presente Contrato para asegurar un número determinado de personas que reúnen los requisitos exigidos por la Compañía en esta Póliza y definidos en el Grupo Asegurable, y que es responsable del pago de la prima.

Compañía. - AIG METROPOLITANA CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Copago. - Es el valor fijo o porcentual, determinado en las Condiciones Especiales de la tabla de cobertura de la Póliza, de los Gastos Médicos Cubiertos con los que participa el Asegurado y/o Dependiente y la Compañía.

Deducible. - Se refiere a la cantidad de gastos cubiertos, que será por cuenta del Asegurado y/o Dependiente, por cada período según sea el caso: año póliza, año calendario o por Incapacidad.

Consulta Especializada. - Es la atención que realiza el médico especialista al Asegurado y/o Dependiente, con el fin de establecer un diagnóstico para posterior tratamiento en función de una determinada rama de la Medicina.

Cuidados paliativos. - La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Dependiente(s). - El término “dependiente” se refiere a:

- a. Esposa(o) legítima(o) o compañera(o) permanente del Asegurado que cuente con una unión de hecho reconocida, debidamente inscrita en los registros del Contratante, que

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

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

viva en el domicilio del Asegurado y mientras el asegurado titular se mantenga vigente en la presente Póliza.

Hijos solteros, legítimos, naturales o legalmente adoptados a partir de los catorce (14) días de nacidos y menores de diecinueve (19) años de edad, en caso de estudiantes hasta cumplir los veintitrés (23) años de edad, que vivan en el hogar del Asegurado o ausentes por motivos de estudios y sean económicamente dependientes del Asegurado, debidamente inscritos en los registros del Contratante.

Una vez cumplidos los 23 años de edad, el Asegurado Dependiente podrá acceder asegurarse como Titular en un plan ofrecido por la Compañía de acuerdo a los planes vigentes otorgados por la misma para este grupo en específico.

Diagnóstico. - Es un proceso inferencial, realizado a partir de la información obtenida a través de la entrevista al paciente, el examen físico y el análisis de imágenes y de laboratorio, destinado a identificar la enfermedad o condición de salud que lo afecta.

Emergencia Médica. - Situación crítica de riesgo vital inminente, en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas.

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.
- c. Que su tratamiento pueda ser programado.

Enfermedades Raras y Huérfanas. - Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades

potencialmente mortales o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.

Establecimientos de Salud. - Son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación, rehabilitación y atención sanitaria en situaciones de emergencia/urgencia en forma ambulatoria, en el sitio de ocurrencia, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutoria, niveles de atención y complejidad. Pudiendo ser fijos o móviles.

Gastos Médicos Cubiertos. - Significa los gastos en que incurra el Asegurado y/o Dependiente por la prestación de servicios y suministros recomendados por el Médico Tratante, a saber:

1. Honorarios del Médico Tratante por cirugía y/o tratamiento y/o enfermedad.
2. Costos por hospitalización y uso de quirófano.
3. Honorarios de anestésico (incluyendo costos de la anestesia), costos de exámenes o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio.
4. Servicio de Ambulancia.
5. Medicamentos, servicios y suministros terapéuticos; y,
6. Tratamiento odontológico que resulte de lesiones sufridas accidentalmente en dientes naturales sanos.

Grupo Asegurado. - El conformado por personas naturales agrupadas por el Contratante o, con las que se mantenga relaciones laborales, gremiales o jurídicas de carácter estable, siempre y cuando estas relaciones no se hayan originado en la voluntad predeterminada de obtener la protección de esta Póliza.

Hospitalización. - Significa una persona que está registrada como paciente en un Hospital e incurre en un gasto ocasionados por atenciones médicas que necesaria y medicamente requieren

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

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

internación en un hospital y/o clínica, permaneciendo por lo menos una noche ingresado, siempre que la permanencia se justifique de acuerdo a la Incapacidad.

Hospital del día. - Son establecimientos de salud autorizados por la Autoridad Competente a los que el asegurado / dependiente puede acudir para intervenciones o procedimientos que requieran menos o hasta 24 horas para el alta del paciente.

Incapacidad. - Es una lesión corporal accidental o enfermedad que necesita tratamiento Médico por un Médico autorizado. Todas las lesiones corporales sufridas en cualquier accidente, serán consideradas una Incapacidad, todos los desórdenes corporales que existan simultáneamente los cuales sean debidos a la misma o a causas relacionadas, serán considerados una Incapacidad. Si una Incapacidad es debida a la misma o a causas relacionadas a una Incapacidad anterior (incluyendo las complicaciones derivadas de ahí), esta Incapacidad será considerada una continuación de la Incapacidad anterior y no una Incapacidad separada.

Discapacidad. - Toda persona que, como consecuencia de una o más deficiencias 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.

Médico Tratante o Médico. - Persona natural legalmente autorizado para ejercer la profesión de la medicina en especialidades reconocidas por la entidad Autoridad Competente.

Modalidades de los prestadores de servicios de salud.- La Compañía ofertará al Asegurado y/o Dependiente que sus coberturas de seguros sean otorgadas a través de modalidades abiertas, cerradas o mixtas.

- **Modalidad abierta.** - Son aquellas personas naturales o jurídicas que no tienen ninguna relación con la Compañía y que el Asegurado y/o Dependiente pueden escoger para la atención sanitaria pertinente.
- **Modalidad cerrada.** - Son aquellas personas naturales o jurídicas que tienen relación comercial o de integración monetaria con la Compañía donde el Asegurado y/o Dependiente recibirá la atención sanitaria pertinente.
- **Modalidad mixta.** - Es aquella mediante la cual el Asegurado y/o Dependiente recibe atención sanitaria en combinación de la modalidad abierta y cerrada.

Niveles de Atención:

Primer nivel de atención. - Los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención son los más cercanos o la población, facilitan y coordinan el flujo del usuario dentro del Sistema, prestan servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Además, brindan atención de urgencia y emergencia de acuerdo o su capacidad resolutoria, garantizan una referencia, derivación, contra referencia y referencia inverso adecuado, aseguran lo continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueven acciones de salud pública de acuerdo a normas emitidos por lo Autoridad Sanitaria Nacional. Son ambulatorios y resuelven problemas de salud de corto estancia. El Primer Nivel de Atención es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud.

Segundo nivel de atención. - El Segundo Nivel de Atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediato del Primer Nivel de Atención. En este Nivel se brindan otras modalidades de atención, no

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

basadas exclusivamente en lo como hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria y el centro clínico quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día).

Tercer nivel de atención. El Tercer Nivel de Atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, son de referencia nacional, resuelven los problemas de salud de alta complejidad y pueden realizar, incluso, trasplantes. Tienen recursos de tecnología de punta y cuentan con especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas reconocidas por lo ley.

Periodo de incapacidad. - Es el tiempo durante el cual el Asegurado y/o Dependiente incurre en Gastos Médicos Cubiertos por esta póliza, iniciando desde el primer gasto médico cubierto y finalizando en trescientos sesenta y cinco (365) días, independientemente de las modificaciones de las coberturas o la renovación de esta póliza. Será considerado un nuevo periodo de incapacidad, respecto de la misma incapacidad, cuando el periodo anterior haya finalizado.

Prexistencia(s). - Se considerará enfermedades preexistentes todas las enfermedades, patologías o condición de salud que hayan sido conocidas por la o el usuario, beneficiario, afiliado o Asegurado y/o Dependiente y diagnosticado por un Médico con anterioridad a la suscripción de este contrato.

Se pagará en el caso de enfermedades preexistentes ya sea en forma total o parcial siempre que dicha cobertura haya sido declarada y acordada libre y voluntariamente entre las partes, de acuerdo a los sublímites acordados entre las partes y establecidos en condiciones particulares. En caso de no haber sido declarada dicha prexistencia la misma no tendrá cobertura.

En los casos en que el Asegurado cambie de plan dentro de la misma Póliza el sublímite acordado será respetado se mantendrá vigente en el nuevo plan.

Pre-autorización. - Es el proceso de solicitar autorización para procedimientos mencionados en las Condiciones Especiales de la tabla de cobertura de la póliza.

Prestadores de servicios de salud. - Son las personas naturales y jurídicas que brindan servicios de salud, incluyendo al personal de salud; a los establecimientos de salud, públicos, privados, con o sin fines de lucro, autónomos y comunitarios.

Tarifario Arancel. -, Se aclara que se basa en el tarifario de la tabla Mc Graw Hill.

Los honorarios y procedimientos médicos se pagarán de acuerdo al esquema de codificación del tarifario de la tabla Mc Graw Hill, el cual corresponde al detalle de los procedimientos generalmente utilizados, sea por autoridades de salud o por empresas Aseguradoras de Salud o financiamiento de salud. El Factor de conversión Monetario establecido por la Compañía corresponde al usualmente utilizado o incluso acordado o negociado con el respectivo proveedor médico.

En caso de que los honorarios médicos excedan lo establecido en el esquema antes indicado, estos valores no serán cubiertos por la Compañía, a menos de que el Asegurado Titular o sus dependientes asegurados hayan utilizado la Red hospitalaria de Proveedores médicos de la Compañía, tanto para servicios de hospital como para honorarios médicos de acuerdo a las condiciones particulares negociadas en la presente Póliza, en cuyo caso de presentarse excesos de honorarios médicos, estos no serán imputados al Asegurado titular y/o dependientes.

En consecuencia, será responsabilidad del Asegurado titular y/o dependientes, asumir cualquier exceso en el valor de los honorarios y procedimientos médicos y/o servicios de hospital en caso de que se cancele directamente al

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

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

proveedor médico y presente a la Compañía vía reembolso.

Urgencia Médica. - hace referencia a la cualidad de urgente, que apremia o requiere de pronta atención. No existe riesgo inminente de muerte, pero se requiere de asistencia médica en un lapso reducido de tiempo para evitar complicaciones mayores.

Emergencia Médica. - es una situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o la gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas

CONDICIÓN SÉPTIMA VIGENCIA

La presente Póliza entra en vigencia en la fecha y hora de inicio indicada en las condiciones particulares y terminará en la fecha y hora indicada en dichas condiciones particulares. Tanto en la fecha de inicio como en la de terminación constará el día y hora de las mismas.

CONDICIÓN OCTAVA CALCULO DE PRIMAS

La Prima pagadera por los beneficios proporcionados por este Contrato se determinará en base a los parámetros técnicos fijados por parte de la Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros.

CONDICIÓN NOVENA DEDUCIBLE

En caso de siniestro, el Asegurado y/o Dependiente, deberá cancelar el deducible pactado en las Condiciones Especiales de la tabla de coberturas de esta Póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

Código de Aprobación ACESS No 017-SC-002

COORDINACIÓN DE COBERTURA

Los beneficios de este Contrato no se duplicarán con los beneficios de cualquier otro plan colectivo o plan establecido, por el que el Asegurado estuviere cubierto. Si un Asegurado y/o Dependiente, elegibles para recibir beneficios bajo la Póliza y este Contrato, también resultan elegibles para recibir beneficios bajo cualquier otro Plan (según se define posteriormente) que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por cargos basados en el tarifario de la tabla Mc Graw Hill y con base en lo convenido con los prestadores médicos, para el tratamiento de una enfermedad o lesión, la suma de los beneficios pagaderos por la Póliza y este Contrato y por cualquier otro Plan serán prorrateadas, de manera que el total pagado no sobrepase el ciento por ciento (100%) de los gastos incurridos. En ningún caso, la cantidad de beneficios pagaderos por la Póliza y este Contrato, podrá exceder la cantidad máximo estipulada para ese beneficio.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA PLAZO DE PRESENTACION RECLAMOS

El plazo máximo será de noventa (90) días contados a partir de la fecha que el Titular y/o Dependiente incurra en la fecha del gasto, conforme lo establecen las Condiciones Generales de la Póliza a través de la presentación de formularios de reclamación que deberán llenarse y entregarse a la Compañía.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA ELEGIBILIDAD

Son elegibles a los efectos de este contrato:

- a. Las personas cuyas edades se encuentren comprendidas en aquellas especificadas en las condiciones particulares de esta Póliza; por tanto, el seguro cesará automáticamente cuando el Asegurado cumpla la edad

establecida como límite en dichas condiciones particulares.

El Asegurado cumplida la edad límite estipulada en las condiciones particulares podrá solicitar a la Compañía el mantenimiento del seguro, pagando la prima adicional que ésta, en caso de aceptación, considere necesaria;

- b. Las personas que conformen el grupo asegurado al inicio de vigencia de esta Póliza; y,
- c. Las personas que se vinculen con posterioridad al inicio de vigencia de esta Póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

DECLARACIÓN FALSA O RETICENTE

El Asegurado está obligado a declarar objetivamente el estado del riesgo, previo al perfeccionamiento del contrato de seguro, según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía, y de conformidad con la ley.

El cumplimiento de esta obligación se limita a revelar hechos o circunstancias que, siendo efectivamente conocidos por 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 Asegurado, vician de nulidad relativa el contrato de seguro, con la salvedad prevista en caso de inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado.

Salvo que se pruebe el dolo o mala fe del Asegurado en la declaración sobre el estado del riesgo, si la Compañía no solicita información adicional a la contenida en la declaración sobre el estado del riesgo proporcionada por el Asegurado, 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 Asegurado 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.

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

Si el contrato se termina o rescinde por los vicios referidos, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido, notificando en ambos casos al Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA REQUERIMIENTOS DE ASEGURABILIDAD

El Contratante y/o Asegurado, previo a la contratación del seguro y durante su vigencia deberá:

- a. Presentar el registro de las personas que conforman el Grupo Asegurado al inicio de vigencia de esta Póliza;
- b. Mantener registro del Grupo Asegurado, durante la vigencia de esta Póliza y a su pedido la Compañía efectuará las inclusiones y exclusiones respectivas;
- c. Declaración de salud de cada asegurado; y
- d. Tarjeta de inscripción

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA PAGO DE PRIMA

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

El Solicitante del seguro está obligado al pago de la prima en el plazo de treinta (30) días, desde el perfeccionamiento del presente contrato. A falta de corresponsables banqueros, es obligatorio pagar la prima en cualquiera de las oficinas de la Compañía. En el seguro celebrado por cuenta de terceros, el solicitante debe pagar la prima, pero la Compañía podrá exigir su pago al Asegurado o al Beneficiario, en caso de incumplimiento de aquel. Si el pago se hace al agente o intermediario de seguros, su entrega se reputará válida y se entenderá como entregada a la misma Compañía.

En caso de que la Compañía confiera financiamiento al Asegurado para el pago de la prima y éste estuviere en mora, tendrá derecho a cobertura por treinta (30) días, contados a partir de la fecha en que debió realizar el último pago, luego del cual se suspenderá la cobertura; si estuviere en mora por más de sesenta (60) días, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago, el contrato terminará en forma automática y dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos incurridos en la expedición del contrato, o, estará obligada a devolver al Asegurado la prima no devengada, si fuere el caso.

La Compañía deberá comunicar al Asegurado sobre estos hechos por cualquier medio. La Compañía no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantiene suspendida.

El pago que se haga mediante la entrega de un cheque, no se considerará válido sino cuando éste se ha hecho efectivo, pero su efecto se retrotrae al momento de la entrega. La entrega de pagarés a la orden o letras de cambio para instrumentar la obligación de pago a plazo de la prima en caso de acordarse así, no conlleva duplicidad de dicha obligación, misma que se reputará pagada en su totalidad.

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

Código de Aprobación ACESS No 017-SC-002

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA RENOVACIÓN

Esta Póliza podrá renovarse por períodos consecutivos, mediante el pago de la prima de renovación conforme a la tarifa vigente de la Compañía al tiempo de la renovación, para lo cual será necesaria la expresa voluntad de las partes de renovarla. La renovación deberá estar suscrita por las partes, para que se considere válida y surta todos sus efectos.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA TERMINACIÓN ANTICIPADA

Durante la vigencia del presente contrato, el Contratante y/o Asegurado podrán solicitar la terminación anticipada del seguro, mediante notificación escrita a la Compañía, devolviendo el original de este Contrato, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima aplicando la tarifa de corto plazo.

En caso de extinción de la personería jurídica del Contratante, la Compañía mantendrá las condiciones de este Contrato, siempre y cuando, dentro de los treinta (30) días siguientes, al menos el ochenta y cinco por ciento (85%) de los Asegurados, de común acuerdo, mediante instrumento notariado manifiesten su voluntad de permanecer al amparo de los derechos y obligaciones contractuales originales, por el plazo de dos (2) años, contado a partir de la fecha de extinción de la persona jurídica, para el efecto el compromiso deberá incluir la obligación del pago de las primas y demás condiciones contractuales.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA RESTABLECIMIENTO DE VIGENCIA

Producida la terminación anticipada de este contrato, para que opere el restablecimiento del mismo, las partes contratantes deberán acordar expresamente dicho restablecimiento, en los términos constantes en el acuerdo que se suscriba para el efecto.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

Son obligaciones del Contratante y/o Asegurado, las siguientes:

1. Cumplir sus obligaciones contractuales.
2. Pagar las contraprestaciones económicas en los plazos previstos en la Póliza y/o este Contrato.
3. Actuar de buena fe a la hora de contraer obligaciones contractuales.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o el beneficiario pierden su derecho al cobro de la indemnización en caso de siniestro, por las siguientes causas:

- a) Por la ausencia sobrevenida de un interés asegurable.
- b) Por la omisión, no justificada, de la obligación de notificar a la aseguradora o intermediarios sobre la ocurrencia del siniestro.
- c) Por emplear medios o documentos engañosos o falsos, o pruebas falsas para sustentar una reclamación, o para derivar algún beneficio.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

Código de Aprobación ACESS No 017-SC-002

LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

El tratamiento médico puede ser recibido en cualquier clínica u hospital del país o del extranjero (de acuerdo a las condiciones particulares de cada contrato), legalmente autorizado para su funcionamiento.

La Compañía deducirá del monto a liquidar cualquier suma que se le adeude por esta Póliza.

Los pagos de dichas indemnizaciones deberán hacerlo mediante transferencias, medios de pago electrónicos y mecanismos avalados por las autoridades en materia de seguros.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA DOCUMENTOS PROBATORIOS

El Contratante, Asegurado y/o Dependiente, según el caso, deberá remitir a la Compañía los siguientes documentos para probar la ocurrencia del siniestro:

- Formularios de reclamación *, debidamente llenados y firmados por el Asegurado y/o Dependiente, Médico y con su respectivo diagnóstico.
- Facturas que cumplan con todos los requisitos del Servicio de Rentas Internas, tanto para honorarios médicos, farmacias, clínicas, laboratorios.
- Prescripciones de medicamentos originales.
- Originales de facturas y órdenes de resultados de laboratorio e imagen.

**Los formularios podrán ser retirados de las oficinas de la Compañía o descargados de la página web www.aig.com.ec*

En el caso de hospitalizaciones y/o cirugías deben presentarse adicionalmente los siguientes documentos:

- Historia clínica completa
- Protocolo/record operatorio

- Record de anestesia
- Evolución clínica
- Hoja de emergencia 008

Una vez recibido los documentos probatorios completos, la compañía aseguradora pagará los reembolsos pertinentes en máximo diez (10) días laborables.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Ocurrido el siniestro del Asegurado, la Compañía tramitará el requerimiento de pago una vez que el Contratante, Asegurado o Beneficiario, según el caso, formalicen la solicitud presentando los documentos previstos en la presente Póliza, pertinentes al siniestro que demuestren su ocurrencia.

La Compañía aceptará o negará, motivando su decisión, en el plazo de treinta (30) días, contados a partir de la presentación de la formalización de la solicitud de pago del siniestro. A falta de respuesta en este lapso, se entenderá aceptada.

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

Con la negativa u objeción, total o parcial, el Contratante o Beneficiario, según el caso, podrá iniciar las acciones señaladas en el artículo 42 de la Ley General de Seguros.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Arbitraje, Mediación o Justicia Ordinaria

Cuando entre la Compañía y el Contratante o Beneficiario, se suscitare cualquier disputa o

diferencia, en relación a este seguro, de común acuerdo, antes de acudir a los jueces competentes, se podrá recurrir al arbitraje o mediación, en cualquiera de los centros de arbitraje o mediación que legalmente operen en el país. Los árbitros o mediadores juzgarán más bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho estricto. El laudo arbitral o de mediación tendrán fuerza obligatoria para las partes.

Reclamo Administrativo

Si el Contratante o Beneficiario no se allanan a las objeciones de la Compañía respecto al pago de la indemnización, también podrán presentar el reclamo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, a fin de que ésta requiera a la Compañía que justifique su negativa al pago. El organismo de control dirimirá administrativamente la controversia, aceptando total o parcialmente el reclamo y ordenando el pago del siniestro después de notificada la resolución, o negándolo.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que deba hacerse a la Compañía para la ejecución de las presentes estipulaciones, deberá efectuarse por escrito.

Toda notificación que la Compañía deba hacer al Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá hacerse igualmente por escrito, a la última dirección por ella conocida.

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA JURISDICCIÓN Y DOMICILIO

Cualquier litigio o controversia que se suscitare entre la Compañía y el Contratante, Asegurado o

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

Beneficiario, con motivo del presente contrato de seguro, quedan sometidos a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta o en el lugar donde se hubiere emitido la presente Póliza, a elección del Contratante, Asegurado o Beneficiario; las acciones contra el Asegurado o el Beneficiario, en el domicilio del demandado.

CONDICIÓN VIGÉSIMA OCTAVA PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Prestaciones de Prevención Primaria incluida en tarifa cero (0).

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA PRESCRIPCIÓN

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta Póliza prescriben en tres (3) años, contados a partir del acontecimiento que les dio origen, a menos que el o los Beneficiarios demuestren 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 (5) años desde ocurrido el siniestro.

CICLO VIDA	CPT	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECIFICA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
RECIEN NACIDO (0 / DIAS)	99381	ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	Consulta médica pediátrica para control del niño sano (no incluye exámenes complementarios o interconsultas a otros especialistas), y evaluación de desarrollo físico (valoración nutricional) y evaluación clínica desarrollo neuromuscular y psicomotriz según edad; detección clínica de riesgos visuales, auditivos y neurosensoriales.	1 vez Consulta e información	NEONATOLOGO PEDIATRA MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

NIÑO DE 1 MES A 12 MESES	99401	ASESORÍA PARA EL 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 tratamiento inicial se debe dar a las enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N.; 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 suplementación de micronutrientes.		LABORATORIO CON LA ORDEN DEL NEONATOLOGO PEDIATRA MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR	
	99401	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 auditivo y sensorial.			
	99381	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 anomalías congénitas o problemas adquiridos; evaluación clínica de la dentición y prevención de caries dentales; detección clínica de desnutrición. (No incluye exámenes complementario, ni interconsultas a otros especialistas).	6 consultas en el primer año de vida, en cada consulta se debe dar información y asesoría	PEDIATRA MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR	
	99406	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 información y asesoría sobre resultados de tamizaje metabólico, visual y auditivo; información y asesoría sobre suplemento de micronutrientes (hierro y vitaminas).			PEDIATRA MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR
	99401	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 complementario 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.			

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

NIÑO/AS DE 1 A 5 AÑOS	99382	ATENCIÓN AL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS (ambulatorio)	Consulta para control de niño sano que incluye: evaluación clínica (no exámenes de gabinete, interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de patologías infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición.	Consultas 2 veces al año hasta los 2 años de edad, posterior 1 vez por año, en cada consulta se debe otorgar asesoría e información.	PEDIATRA MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR
	99401	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 maltrato, accidentes; promoción de alimentación saludable: variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Uso de sustancias adictivos en padre o madre, repercusiones sobre los niños.		PEDIATRA MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR
	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta)	Consulta para evaluación del bienestar del niño, que Incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete interconsultas otros especialistas), del estado nutricional, neuro muscular, psicomotriz y emocional; detección clínica temprana de enfermedades como pie plano, anomalías congénitas; detección clínica de enfermedades infecto-contagiosas y endémicas; detección clínica desnutrición.		PEDIATRA MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR
NIÑO/AS DE 5 A 10 AÑOS	99383	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 infecto-contagiosos y endémicos: detección clínica de desnutrición.	1 consulta médica Por año, durante cada consulta debe otorgar asesoría e información)	PEDIATRA MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR
	99401	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría en consulta para evaluación del bienestar del niño sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado niño/a; importancia de la vacunación y una buena alimentación; higiene, salud bucal, riesgos accidentes en el hogar; estimulación psicomotriz aptitudes intelectuales, prevención de discapacidades; variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a; promover la salud oral prevención de caries.		PEDIATRA MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta)	Información en consulta para evaluación del bienestar niño, sobre: recomendación de desparasitación 1 vez al año; detección clínica precoz de problemas en 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 micronutrientes.		PEDIATRA MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR
ADOLESCENTES 11 A 19 AÑOS	99384	ATENCIÓN AL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS (ambulatorio)	Consulta para evaluación clínica del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional adolescente en relación con su edad, peso, talla, IMC, detección clínica temprano de embarazo, infecciones de transmisión sexual y trastornos alimenticios, enfermedades infecto contagiosas. Evaluación de hábitos no saludables, deficiencias discapacidades; (no exámenes de gabinete, interconsultas a otra especialidad)	1 vez al año durante la consulta se debe otorgar información y asesoría	MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR
	99401 99406	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Información para prevención de trastornos de alimentación, detección de maltrato y o violencia; de lección de uso sustancias psico estimulantes; importancia de la valoración de agudeza visual; información sobre higiene y salud oral; detección problemas de aprendizaje, afectivos, emocionales; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados		MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR
	99406	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. Asesoría sobre inicio de la vida sexual derechos del adolescente, acoso sexual (bullying).		MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

EMBARAZO	85025 - 82847 - 81001 - 86900 - 86901 - 85670 - 85730 - 84520 - 30509 - 86703 - 88142 - 86777 - 86778 - 86762 - 86765 - 86706 - 86644 - 86645 -	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, TIP, urea, glucosa y creatinina. VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con IgG e IgM, PapTest antes de los 20 semanas.	1 vez durante el embarazo	MEDICO GENERAL GINECO – OBSTETRA MEDICO FAMILIAR
	99215	ATENCIÓN INTEGRAL POSPARTO	Consulta médica para evaluación del estado de salud puerperal y referencia a planificación familiar y anticoncepción. (no incluye exámenes gabinete)		
MUJERES EN EDAD FÉRTIL - MEF	99385	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	GINECO OBSTETRA MEDICO FAMILIAR
	99402	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría para brindar información sobre planificación familiar, embarazo, hábitos saludables, salud oral y salud mental. Consejería para prevención de VIH e ITS; prevención y detección violencia, maltrato, consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, acoso laboral, acoso sexual.		MEDICO GENERAL GINECO OBSTETRA
ADULTO JOVEN DE 20 AÑOS	99385 - 99401 - 99406	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación de estado de salud incluya: examen físico y anamnesis. detección de hábitos saludables y determinación riesgo de enfermedades transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades enfermedades infecto-contagiosas y de transmisión sexual detección del consumo de sustancias adictivas (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas.	1 vez al año durante la consulta se debe otorgar información asesoría	MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

	99401 - 99406	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Información y consejería sobre enfermedades transmisión sexual; asesoría para planificación familiar; consejería sobre salud oral; asesoría sobre tamizaje de enfermedades crónica e información sobre lo valorado auditiva y visual.		MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR
ADULTO/A DE 50 A 64 AÑOS	99386	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico y anamnesis, detección de hábitos saludables y determinación riesgo de enfermedades transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades enfermedades infecto contagiosas de transmisión sexual. Detección de riesgos de salud mental como; consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos, emocionales cognitivos, depresión; intento de suicidio entre otros incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas)	1 vez al año durante la consulta se debe otorgar información y asesoría	MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR
	99401 - 99406	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría, información sobre condiciones de envejecimiento saludable; consejería para prevención de enfermedades transmisión sexual; información sobre acciones preventivas para traumatismos, caídas y accidentes.		
ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS	99387	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico y anamnesis, identificación factores de riesgo, condiciones de deterioro funcional cognitivo. Detección de factores de riesgo de enfermedades crónicas degenerativas, valoración de dependencia funcional, valoración de salud oral, detección de riesgo nutricional, patologías infecto - contagiosas, violencia, maltrato, detección del riesgo de enfermedades de transmisión sexual, detección del riesgo de pérdida auditiva y visual.	1 vez al año durante la consulta se debe otorgar información y asesoría	MEDICO GENERAL MEDICO FAMILIAR
	99406 - 99401	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.		

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.
La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Póliza de Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53966 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021.

Código de Aprobación ACESS No 017-SC-002