



**INTENDENCIA NACIONAL
DE SEGUROS**



**SUPERINTENDENCIA
DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS**

**GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE
CONTRATOS Y/O PÓLIZAS
DE ASISTENCIA MÉDICA QUE
COMERCIALIZAN LAS COMPAÑÍAS
DE SEGUROS**



INTENDENCIA NACIONAL DE SEGUROS



**SUPERINTENDENCIA
DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS**

Antecedentes.-

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros tiene la facultad de vigilancia, control y aprobación en forma previa a la comercialización de los planes, programas y modalidades, para la prestación de los servicios de atención integral de salud prepagada y cobertura de seguros de asistencia médica, además de la determinación de los contratos y pólizas tipo, anexos, condiciones y cláusulas obligatorias e identificación de cláusulas abusivas, respecto de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

Objetivos.-

La presente Guía tiene por objeto la elaboración, estructura y redacción de los contratos y/o pólizas, la misma que servirá como referencia, contiene ejemplos de las descripciones y textos, además, ejemplo de la tabla de cobertura que incluye, por lo tanto su observancia no es de carácter obligatorio.

Estas cláusulas no son aplicables a todos los planes, programas y o modalidades de cada contrato, por lo que su inclusión dependerá de las exigencias propias de cada tipo de contrato y en consecuencia, la compañía de seguros deberá seleccionar únicamente aquellas que se adapten al producto que vaya a elaborar.

Las descripciones y textos ejemplos para cada cláusula detalladas a continuación son una referencia y/o recomendación de acuerdo a lo estipulado en las siguientes leyes: Código de Comercio, Ley General de Seguros, Reglamento de la Ley General de Seguros, Resolución SCVS-INS-2018-0007, Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros, Libro III Sistema de Seguros Privados, Ley de Arbitraje y Mediación, Ley Orgánica de Defensa del Consumidor, Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de Datos, Ley que Regula a Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica, Reglamento a la Ley que Regula a Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica.

				ASISTENCIA MEDICA		
	Nombre Cláusula	Ámbito supervisión	Uso	Descripción	Texto Ejemplo	Base Legal
1	Antecedentes	scvs	Opcional	Es un párrafo introductorio, incluye el contenido que se hace referencia a las partes que suscriben el contrato (COMPARECIENTES): identificación del objeto social de la compañía y declaración de que el usuario se obliga libre y voluntariamente a suscribir el contrato	En adelante la Compañía, en consideración a la solicitud presentada por el interesado, y el Asegurado; y, a las declaraciones hechas en los cuestionarios adicionales, que sirven de base para la emisión de esta Póliza y forman parte integrante de la misma, de conformidad con las condiciones generales, especiales y particulares, en virtud del pago de la prima correspondiente, durante la vigencia de esta Póliza o sus renovaciones debidamente convenidas.	Art. 23 Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica
2	Amparo o Cobertura básica	scvs	Obligatorio	Cubre los servicios médicos y quirúrgicos, farmacéuticos e internamiento en clínicas, hospitales o centros médicos autorizados, dentro de las especialidades y con límites que figuren en la póliza ocasionados por enfermedad o accidentes. Entre otros riesgos, incluye hospitalización, enfermedad, cirugía, gastos médicos;	La Compañía acuerda otorgar cobertura por las prestaciones sanitarias y/o beneficios aquí señaladas por los gastos médicos elegibles incurridos por el Asegurado, sea titular o miembro de su Grupo Asegurado elegible, a causa de enfermedad o lesiones corporales ocurridas por accidente.	Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros, Libro III: Sistema de Seguros Privados, Capítulo VIII: De las Pólizas y tarifas, de la clasificación de riesgo, Sección I, Art. 2
			Obligatorio	Indica las prestaciones que cubre el plan contratado, su detalle y alcance. Entre las prestaciones obligatorias por ley, y aquellas que pueden o no ser incluidas en un plan, son las siguientes:	Servicios ambulatorios y/o a domicilio y/o Hospitalario y/o Cuidados Paliativos cuando lo justifique el estado de salud del paciente o la imposibilidad de movilizarlo, de conformidad con la normativa aplicable. De igual forma, el servicio incluye auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos existentes, que pudieren crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha de la prestación, necesarios para la continuidad de la atención integral debidamente prescritos de acuerdo con el plan contratado. Así mismo, estudios anatomopatológicos, genéticos y para Enfermedades Congénitas cuando estos sean solicitados por un Médico para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de una patología.	Art. 15 Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica Art 7 del Reglamento de la Ley de Compañías de salud Prepagada y Asistencia Médica
			Obligatorio	Atención primaria (esta prestación es impositiva por la cláusula contractual obligatoria de Tarifa Cero) Artículo 30 numeral 3	Los gastos elegibles por los servicios cubiertos que se describen a continuación, serán pagados en la cantidad y en el porcentaje establecidos en el cuadro de beneficios según plan contratado y sujetos a los deducibles, y a las exclusiones limitaciones y demás estipulaciones y condiciones de esta Póliza, de acuerdo a los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados, al área geográfica de cobertura y la fecha incurrida del gasto elegible por los servicios cubiertos.	Art. 30 # 3 de la Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica
			Opcional	Atención ambulatoria	Son aquellas prestaciones de salud que no requieren el internamiento u hospitalización del paciente, en una casa de Salud.	# 2 Art. 15 y Art. 19 Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica y Art. 7 del Reglamento de la Ley de Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica
			Opcional	Atención pre hospitalaria	Atención pre hospitalaria que incluya transporte terrestre, aéreo o fluvial, legalmente autorizado, al que se pueda acceder dentro o fuera del país, de acuerdo con el plan contratado;	# 3 Art. 15 y Art. 19 Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica y Art. 7 del Reglamento de la Ley de Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica

3	Prestaciones sanitarias	acess	Opcional	Atención Hospitalaria	Son las atenciones prestadas en una casa de salud y requieren internación u hospitalización del asegurado o dependiente por más de 24 horas , ordenados y aprobados por un médico.	# 4 Art. 15 y Art. 19 Ley que regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica y Art. 7 del Reglamento de la Ley de Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica
			Obligatorio	Atención de Emergencia (5.A)	Emergencia médica.- Es toda contingencia de gravedad que afecta a la salud del asegurado con eminente peligro para la conservación de la vida o la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables.	# 5 Art. 15 y Art. 19 y Art. 30 #1 2 de la Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica
			Opcional/ deberá incluir todo lo descrito en el numeral 5 del Art. 15	Atención de Urgencias (5.B)	Urgencia médica.- Es un padecimiento importante que no pone en peligro inminente la vida del asegurado y requiere de una pronta atención.	# 5 Art. 15 y Art. 19 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
			Opcional	Atención de embarazos que incluya lo descrito en la ley; según el plan contratado.	Es la máxima responsabilidad a cargo de la Compañía producto del financiamiento de todos los Gastos Médicos Cubiertos para la atención de embarazo de acuerdo al plan y al límite contratado para la maternidad, este límite disminuirá con relación a las atenciones prenatales atendidas.	# 6 Art. 15 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
			Opcional	Atención de enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias	Enfermedad congénita- Proceso patológico que tiene origen desde el nacimiento, se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo, con frecuencia durante toda la vida del paciente, Enfermedad Catastrófica.- Proceso patológico de curso crónico que supone un alto riesgo para la vida del enfermo de carácter prolongado o permanente, Enfermedad degenerativa .- Es una patología generalmente crónica en cuál la función de los tejidos u órganos se deterioran con el transcurso del tiempo, Enfermedad Rara.- es aquella que se considera potencialmente mortales o debilitantes a largo plazo de alta complejidad, de acuerdo al plan contratado.	# 7 Art. 15 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
			Opcional	Atención de enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras, según el plan	Enfermedad crónica.- proceso patológico no trasmisible que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo periodo de tiempo , con frecuencia durante toda la vida del paciente, Enfermedad Catastrófica.- Proceso patológico de curso crónico que supone un alto riesgo para la vida del enfermo de carácter prolongado o permanente, Enfermedad degenerativa .- Es una patología generalmente crónica en cuál la función de los tejidos u órganos se deterioran con el transcurso del tiempo, Enfermedad Rara.- es aquella que se considera potencialmente mortales o debilitantes a largo plazo de alta complejidad, de acuerdo al plan contratado.	# 9 Art. 15 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
			Opcional	Atención oncológica integral que incluya cirugía reconstructiva y rehabilitación, según el plan	Cubre la atención integral que incluya cirugía reconstructiva y rehabilitación cuando sea medicamente pertinente y sus patologías relacionadas, atenciones ambulatorias y hospitalarias que incluya también emergencias, urgencias y cuidados paliativos de largo plazo.	# 10 Art. 15 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
			Opcional	Trasplante de órganos y todo lo que incluye por ley	Cubre el costo del trasplante de órganos, lo que corresponda a los procesos de pre trasplante. Trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se deriven de dichos procesos y las de suministros de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y al receptor	#11 Art. 15 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica / Art. 58 Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células

			Opcional	Servicios de Salud para personas con Discapacidad cuya atención y cobertura se sujetara a lo previsto en la Ley de la materia.	Cubre la cantidad señalada en el cuadro de beneficios, según plan contratado, por atención médica proporcionada a las personas con discapacidad, debidamente acreditada, sujeto a lo previsto en la Ley de la materia y normativa vigente, respecto a límites máximos y periodos de carencia.	#12 Art. 15 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica y Art. 7 del Reglamento de la Ley de Compañías de salud prepagada y asistencia médica
			Opcional	Procedimiento diagnóstico y terapéutico de seguimiento y control posteriores a cada enfermedad o accidente atendido, y todo lo que incluye por ley	Cubre el pedido de exámenes para diagnóstico de acuerdo a los costos referenciales del medio de incurrencia.	13 Art. 15 y Art. 19 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
			Opcional/Obligatorio	Auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, según el plan	Cubre el pedido de exámenes para diagnóstico de acuerdo a los costos referenciales del medio de incurrencia.	# 14 Art. 15 y Art. 19 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
			Opcional	Estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas	Los estudios anatomatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas especializados estarán cubiertos de acuerdo con los límites establecidos en el Cuadro de Coberturas y las Exclusiones Generales de este contrato.	# 15 Art. 15 y Art. 19 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
			Opcional	Acceso a medicamentos en cualquier farmacia autorizada, según el plan	Cubre, de acuerdo al plan contratado, por las drogas o medicamentos que tengan el debido registro sanitario, que sean recetadas por un médico para tratar una condición cubierta por este contrato.	# 16 Art. 15 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
			Opcional	Atención de enfermedades psiquiátricas de base orgánica, según el plan	Se cubren enfermedades psiquiátricas de base orgánica, determinadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, de acuerdo con el plan contratado;	# 17 Art. 15 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
4	Condiciones Sanitarias Obligatorias	access/scvs	Obligatorio	Cláusulas contractuales obligatorias.- Todos los contratos para el financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada, así como los de seguros con cobertura de asistencia médica deberán contener en favor de sus asegurados, las siguientes cláusulas obligatorias: 1.-)Enfermedades crónicas y catastróficas . 2.-) Atención de la emergencia médica, 3.-) Tarifa cero.- Los asegurados, deberán recibir obligatoriamente. 4.- Otras que determine la Autoridad Sanitaria.	Se cubrirá los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados para el tratamiento de enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes a la contratación de la póliza, nombradas y determinadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, El Asegurado recibirá con cargo a la tarifa contratada prestaciones de prevención primaria, mediante Anexo xxx.. Las prestaciones se cubrirán en tarifa cero y se realizarán según el ciclo de vida y de acuerdo a los servicios y prestaciones establecidas en la normativa vigente.	Art. 30 y # 5 del Art. 35 de la Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica
5	Coberturas Adicionales	scvs/access	Opcional	Son coberturas adicionales las que incluyen prestaciones adicionales a partir de la cobertura principal, amplían la cobertura de la póliza, se adaptan a las necesidades específicas de cada asegurado, genera un costo adicional y pueden contratarse al momento de la suscripción del contrato, bajo los términos y las opciones que cada empresa de seguros ofrece.	Previo al pago de prima adicional, se incluyen estas coberturas adicionales como suplementarias a su contrato de asistencia médica, los beneficios se describen a continuación:	N/A
6	Coberturas para personas con discapacidad	access	obligatorio	Describe los requisitos de acreditación; y las coberturas, carencias y cuotas que la ley establece	Cubre la cantidad señalada en el cuadro de beneficios, según plan contratado, por atención médica proporcionada a las personas con discapacidad, debidamente acreditada, sujeto a lo previsto en la Ley de la materia y normativa vigente, respecto a límites máximos y periodos de carencia.	Inciso tercero del Art. 20 de la Ley que Regula compañías de salud prepagada y Art. 25 de la Ley Orgánica de Discapacidades
7	Exclusiones	access/scvs	Obligatorio	Contiene detalle de todas las exclusiones que la ley permite a las compañías efectuar	La compañía no autorizará servicios por prestaciones ni reembolsará los costos y gastos médicos a continuación detalladas:	Art. 27 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica, Prohibiciones a las Exclusiones Anexo # 4 de los Lineamientos Sanitarios y Art. 705 Libro Sexto, Código de Comercio.

8	Definiciones	access/csvs	Obligatorio	Incluye los conceptos de los términos más relevantes para que el usuario pueda comprender la póliza.	Los términos descritos y relacionados en este contrato se entenderán como: (se define los términos y conceptos de la póliza)	Arts. 23 Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica
9	Vigencia	scvs	Obligatorio	Todo contrato o póliza debe contener el periodo de vigencia indicando la fecha de inicio y vencimiento del mismo.	Esta póliza entra en vigencia en la fecha de inicio indicada en las condiciones particulares y permanecerá en vigor por el lapso de un (1) año pudiendo renovarse por consentimiento entre las partes por periodos anuales, salvo que algunas de las partes decida su terminación previa notificación por escrito a la otra parte con treinta (30) días de antelación a su inmediato vencimiento.	Art. 699, Libro Sexto, Código de Comercio y Art. 28 de la Ley que regula a las Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica.
10	Elegibilidad	scvs	Obligatorio	Para que se emita la póliza a un solicitante, debe cumplir la condición necesaria de elegibilidad. Esto se comprueba a través de la solicitud de ingreso al contrato, para comprobar la edad y estado de salud y otras del solicitante, sin que ésta sean causas de rechazo de cobertura, suscripción, o renovación de los contratos.	Son Elegibles para el presente contrato el Asegurado Principal; cónyuge o compañero(a) del Asegurado Principal; y, dependientes, considerados como tales, los hijos del Asegurado Principal, hijastros e hijos legalmente adoptados, nietos los cuales podrán ser incluidos en el presente contrato o póliza.	Arts. 20 y 21 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
11	Límite Máximo Anual	scvs	Obligatorio (de acuerdo al plan contratado)	Es la máxima responsabilidad a cargo de la compañía producto de todos los gastos médicos cubiertos que tiene derecho el asegurado y sus dependientes por año póliza, ya sea por gastos ambulatorios y hospitalarios.	Es el monto máximo acumulado que la compañía restituirá por beneficiario durante un año contado a partir de la fecha de inicio de la póliza, el monto máximo de cobertura anual se indica en la tabla de beneficios.	Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y de Asistencia Médica, Artículo 21
12	Límite Máximo por Incapacidad	scvs	Obligatorio (de acuerdo al plan contratado)	Es el monto máximo de amparo o cobertura según el plan escogido por el asegurado tendrá derecho por cada incapacidad o enfermedad y por cada afiliado y/o dependiente, ya sea por gastos médicos ambulatorios u hospitalarios	Es la máxima responsabilidad a cargo de la compañía producto de financiamiento de todos los Gastos Médicos que tiene derecho el titular y/o dependientes por cada incapacidad atendida dentro o de fuera del hospital o clínica .	Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y de Asistencia Médica, Artículo 21
13	Periodo de Incapacidad	scvs	Obligatorio (de acuerdo al plan contratado)	El periodo de incapacidad se inicia desde el primer gasto médico y finaliza en un tiempo de trescientos sesenta y cinco (365) días, la renovación de este contrato no alteran el periodo de incapacidad ya establecido. Un nuevo periodo de incapacidad se restablecerá con respecto a una misma incapacidad siempre y cuando el periodo anterior haya finalizado	La responsabilidad de la compañía cesa cuando se agota el límite por incapacidad y se restablecerá cuando un nuevo periodo se haya iniciado.	Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y de Asistencia Médica, Artículo 21
14	Período de carencia	access/scvs	Obligatorio	Tiempo que transcurrir desde el momento de la afiliación individual del titular y /o Dependientes hasta el momento en que la persona puede recibir las prestaciones sanitarias cubiertas por el presente contrato.	El período de carencia o período de tiempo que debe transcurrir para que el Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta póliza y son los siguientes: desde las veinticuatro (24) horas, para emergencias, treinta (30) días para atenciones ambulatorias, sesenta (60) días para maternidad (90) días atenciones hospitalarias, 24 meses para la cobertura de preexistencias, (3) tres meses para personas con discapacidad contados a partir de la fecha efectiva de la póliza.	Arts. 33 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica y Lineamientos Sanitarios Art. 3, numeral 3.3, Art. 25 del Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidad
15	Copago	scvs	Obligatorio	Indica los valores fijos o porcentuales que le corresponde cubrir al contratante y/o beneficiario según el plan.	Valor fijo o porcentual, correspondiente a los gastos médicos cubiertos con el que participa la Compañía, el titular y/o dependiente	Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y de Asistencia Médica, Artículo 24
16	Deducible	scvs	Obligatorio	Indica el valor que tiene que asumir el asegurado anualmente o por incapacidad, de ser el caso	Corresponde al valor del gasto médico cubierto por el titular y/o dependiente, el deducible será aplicado por el año o por incapacidad	Art. 748 Libro Sexto, Código de Comercio
17	Preexistencias	access	Obligatorio	Contiene detalle de la definición de enfermedades preexistentes debidamente diagnosticadas, sus coberturas mínimas obligatorias y periodos de carencia por ley	Las enfermedades preexistentes diagnosticadas tendrán cobertura después de un periodo de 24 meses y su monto máximo 20 salarios básicos unificados y será para todas las enfermedades con patología o condiciones de salud que haya sido conocida y diagnosticada medicamente con anterioridad a la suscripción de la póliza o la incorporación del beneficiario.	Art. 34 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica

18	Modalidad del Plan Contratado	access/scvs	Obligatorio	Establece las modalidades en las que se está prestando el servicio del plan contratado, que son: abierta, cerradas o mixta, en ningún caso podrán ofrecer exclusivamente la modalidad cerrada. En cualquiera de las modalidades si el prestador no cuenta con la autorización para funcionar otorgada por la autoridad sanitaria nacional, deberá notificar la Compañía a la autoridad sanitaria para que tome medidas correspondientes, la falta de autorización no será causal para negativa de cobertura.	Son aquellas por la cual el beneficiario y/o dependientes reciben atención sanitaria a través de prestadores relacionados y no relacionados a la Compañía	Art. 22 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica / b) Art. 4 Resolución No. SCVS.INS.17.004
19	Prohibición de incremento de tarifas por enfermedades crónicas y catastróficas	scvs	Obligatorio	La Compañía no podrá incrementar las tarifas o primas del plan contratado por apareamiento de enfermedades crónicas y catastróficas.	Ante el apareamiento de enfermedades crónicas y catastróficas, sobrevinientes a la contratación, la Compañía no incrementará las tarifas o precio al Asegurado de este contrato y tampoco negará la renovación del mismo por dichas causas.	Arts. 30, #5 Art. 35 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica / Art. 4 literal a) Resolución No. SCVS.INS.17.004
20	Tarifario médico	access/scvs	Obligatorio	Contiene el nombre del tarifario aplicable para los pagos de reclamaciones	De acuerdo a la realidad geográfica del Ecuador, las variaciones de precios que se generan por los niveles de atención en los distintos establecimientos médicos, los reembolsos de gastos médicos se hará conforme a la siguiente tabla:	Art. 21 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica / Art. 8 Acuerdo ministerial No. 0068-2017 lineamientos sanitarios
21	Prima	scvs	Obligatorio	El precio de cada plan guardará relación con las notas técnicas , aprobados por la SCVS. Para los casos de planes Individuales el precio será pactado en moneda en curso y su revisión se sujetará a lo que establezca su NT, tomando en consideración la totalidad de asegurados de cada plan y el grupo etario al que pertenezca. En ningún caso la revisión o el incremento del precio podrá basarse en siniestralidad individual. Para los planes empresariales, grupales o corporativos, la revisión del precio se realizará de común acuerdo entre las partes. Se prohíbe efectuar incrementos del precio unilateralmente mientras transcurra el plazo estipulado en el contrato.	Indica que el contratante se compromete a pagar una prima o precio por el plan contratado por el titular y cada dependiente. Señala que dicho precio guardará conformidad con las notas técnicas aprobadas por la superintendencia de compañías valores y seguros.	Art. 29 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica, Art. 25 de la Ley General de Seguros.
22	Periodo de presentación de reclamos	scvs	Obligatorio	Para tratamientos por enfermedad o accidentes no continuos será el plazo máximo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares contados a partir de la fecha en la que el Titular y/o Dependientes incurran en el primer Gasto Médico Cubierto.	Los documentos necesarios para el reembolso por cualquier lesión o enfermedad en base a las coberturas contrato deberá presentarse dentro del periodo (días), después de la fecha que causó la lesión o el comienzo de la enfermedad.	N/A
23	Documentos necesarios para el reembolso	access/scvs	Obligatorio	Indica el procedimiento y documentos exigibles para que el asegurado pueda solicitar el correspondiente reembolso de gastos cubiertos, así como los plazos que tiene el asegurado para solicitar dichos reembolsos. Deja expreso que la compañía solo podrá requerir información adicional por una sola ocasión, luego de lo cual deberá contestar sobre su aceptación o rechazo.	La compañía pagará los beneficios de este póliza una vez que el Titular presente los siguientes documentos: (deberán detallar la lista de cada uno de los documentos requeridos para el correspondiente reembolso)	Art. 24 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica / e) Art. 4 Resolución No. SCVS.INS.17.004 Art. 722 y 723 del Libro Sexto Código de Comercio.
24	Pago de reembolsos	scvs	Obligatorio	Señala toda la información relevante de las formas de pago en cuanto a reembolsos, el plazo máximo por ley que la compañía tiene para pagar el referido reembolso al usuario, y el plazo máximo que tiene la compañía para notificar al usuario cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto de cobertura.	La compañía se obliga a reembolsar al Titular los beneficios amparados bajo este contrato en un plazo máximo de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de la presentación de todos los documentos debidamente llenados y completados necesarios para el correspondiente reembolso.	#3 Art. 35 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica y Artículo 42 Ley General de Seguros
25	Periodo de Acumulación de cuentas	scvs	Opcional	Para incapacidades o enfermedades crónicas y que requieran un tratamiento continuo, será el plazo máximo estipulado en la tabla de beneficios máximos del contrato, contados a partir de la fecha en que el Titular y/o Dependiente incurran en el primer gasto cubierto.	El Asegurado titular o cualquier miembro del grupo asegurado deben presentar a la Compañía la documentación antes mencionada, dentro de los (señalar el tiempo) días posteriores a la fecha de servicio de dicho procedimiento. El dejar de enviar dicho aviso o prueba dentro de tiempo estipulado en esta Póliza, no invalidará ninguna reclamación, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar tal aviso o prueba dentro de ese período y que fueron presentados tan pronto como fue posible	N/A

26	Coordinación de beneficios	scvs	Obligatorio	Los beneficios de este contrato no se duplicarán con los beneficios de cualquier otro plan, seguro de Asistencia Médica o de Accidentes personales, si el asegurado recibiere beneficios bajo este contrato y se encuentra asegurado a otro plan, que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos la suma de los beneficios por este contrato y por cualquier otro será coordinada de manera que no sobrepasará el 100% de los gastos médicos cubiertos.	En caso de existencia de otros seguros o coberturas de salud prepagada que proporcionen beneficios cubiertos por esta póliza, el asegurado y /o beneficiarios podrán acudir a la reclamación a cualquiera de ellos a su elección, en cuyo caso la compañía en la que acuda pagará el valor real de los gastos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos y coordinara con las otras compañías de tal forma que el total pagadero no sobrepase el cien por (100%) de los gastos cubiertos ni exceda de la suma asegurada	Cuarta Disposición General y # 3 del Art 27 de la Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica / art 7 de Lineamientos sanitarios Acuerdo ministerial 0068-2017
27	Cambio de contrato o Modificación del Plan Contratado.	scvs	Obligatorio	Si durante la vigencia o en la renovación del contrato el afiliado decide cambiar su plan de su cobertura medica contratada hacia uno mayor, o solicita un nuevo contrato a otra compañía, la compañía deberá indicar con claridad las condiciones de su nuevo contrato.	En el Evento de que el contratante haya solicitado el incremento de nuevos beneficios de su contrato vigente y/o un nuevo contratante se encuentra el y/o sus dependientes bajo tratamiento médico, o le haya sido diagnosticada una condición médica o incapacidad. (la compañía deberá establecer las condiciones en la que quedarían los tratamientos médicos cubiertas por contrato anterior)	N/A
28	Terminación anticipada del contrato o Póliza	scvs	Obligatorio	Detalla las causales para una terminación anticipada del contrato por parte del contratante y compañía. Y señala que el fallecimiento de una persona natural o jurídica no producirá la terminación anticipada.	El Asegurado podrá solicitar la terminación anticipada del contrato, mediante notificación escrita a la Compañía por su parte, la Compañía también podrá dar por terminado el contrato mediante notificación escrita antes del vencimiento por las siguientes causas: actuar de mala fe y por falta de pago de (3) cuotas, actuar de mala fe.	Art. 31 y #3 Art.38 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica / Art. 24 del Reglamento de la Ley que Regula Art. 710, 779, 787 Libro Sexto, Código de Comercio
29	Restablecimiento de vigencia del contrato o póliza	scvs	Obligatorio	Establece la posibilidad para el contratante de restablecer la vigencia del contrato bajo las mismas condiciones originarias dentro de los tres (3) meses posteriores de haber terminado el contrato anticipadamente	Producida la terminación anticipada de un contrato por decisión unilateral del contante, este podrá por una sola ocasión, solicitar a la Compañía, el restablecimiento de la vigencia del mismo, con las mismas condiciones originales, dentro de los tres (3) meses posteriores a dicha solicitud de terminación. En este caso deberá pagar las Cuotas correspondientes por el lapso comprendido entre la terminación y el restablecimiento.	Art. 32 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica y Art. 25 del Reglamento de la Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica
30	Renovación	scvs	Obligatorio	Las renovaciones requerirán de la aceptación previa y expresa del asegurado y contendrán, además, el término de ampliación de la vigencia del contrato.	La presente póliza para ser renovada requerirá de la aceptación previa y expresa del asegurado y contendrán, además, el término de ampliación de la vigencia del contrato y mediante el pago de la prima, la misma que debe encontrarse vigente al momento de la renovación.	Art. 697, 700 Libro Sexto, Código de Comercio
31	Subrogación	scvs	Obligatorio	Establece el derecho que puede tener la compañía a la subrogación o reembolso por parte del asegurado a quien ha pagado cualquier reclamación sea que el asegurado haya recibido pago del gasto cubierto por una entidad tercera, o para demandar a un tercero causante de los gastos cubiertos; y demás detalles relevantes que favorezcan tanto a la compañía como asegurado	Una vez pagada de la indemnización, la Compañía se subroga hasta el monto de dicha indemnización, en todos los derechos del Asegurado contra terceros responsables del siniestro. 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. El Asegurado o beneficiario no podrá renunciar en ningún momento durante la vigencia de este contrato a sus derechos contra terceros responsables del siniestro en perjuicio de la Compañía.	Art. 769 Libro Sexto, Código de Comercio
32	Obligaciones de la Compañía	access/scvs	Obligatorio	Sin perjuicio de otras obligaciones descritas en el presente contrato (La Compañía), tendrá las siguientes obligaciones:	En esta cláusula se deberá enumerar cada una de las obligaciones de la Compañía	Arts. 35 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
33	Prohibiciones para la Compañía	scvs	Obligatorio	Queda Prohibido a las compañías:	Está cláusula deberá enumerar cada una de las prohibiciones expresas de acuerdo a la Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica.	Art. 33 de la Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y Asistencia Médica.
34	Obligaciones del Asegurado	scvs	Obligatorio	El asegurado se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones:	En esta cláusula se deberá enumerar cada una de las obligaciones del asegurado	Arts. 38 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica

35	Declaración falsa y/o Fraude	scvs	Obligatorio	Establece la terminación del contrato por parte de la compañía en caso de comprobar la declaración falsa o intento de fraude por parte del asegurado	Actuar de buena fe a la hora de contraer obligaciones contractuales; presunción que admite prueba en contrario (..)	#3 Art. 38 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica y ART. 710, 784, 788 Libro Sexto, Código de Comercio
36	Pérdida del derecho a la indemnización	scvs	Obligatorio	Establece las causales por las que el asegurado puede perder su derecho de pedir reembolsos o indemnizaciones	El incumplimiento de las siguientes condiciones del contrato faculta a la compañía a negar los reembolsos o financiamiento: 1.- una vez notificada la mora en el cumplimiento del pago del contrato, 2.- Fraude o Mala fe	#2 y 3 Art. 38 Ley que regula compañías de salud prepagada y asistencia médica
37	Solución de conflictos	scvs	Obligatorio	Esta cláusula estipula que las partes procurarán solucionar cualquier conflicto directamente entre ellas y llegar a un acuerdo. Establece claramente que este procedimiento no restringe el derecho del asegurado a plantear las acciones judiciales pertinentes de no haber llegado a un acuerdo directo.	Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el asegurado o beneficiario con relación a este contrato, tal diferencia o disputa, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo a mediación..	Art. 25 y 42 Ley General de Seguros / Art. 75 Constitución de la República del Ecuador / Art. 81 Ley Orgánica de Defensa del Consumidor / c) Art. 5 Resolución SCVS.INS.17.004 y 18-007
38	Arbitraje	scvs	Obligatorio	Establece que las partes, para solución de controversias, podrán de común acuerdo someter el asunto arbitraje como mecanismo alternativo de solución de conflictos	Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el Asegurado o Beneficiario con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, podrá ser resuelta por los jueces competentes o someterse de común acuerdo a arbitraje y/o mediación, en cualquiera de los centros de arbitraje y mediación que legalmente operen en el país. Los árbitros o mediadores deberán, no obstante, juzgar desde el punto de vista de la práctica del seguro, que de derecho estricto le corresponde. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.	Art. 25 Ley General de Seguros
39	Jurisdicción	scvs	Obligatorio	Establece que las partes de esta póliza se deben someter a la Legislación Ecuatoriana aplicable.	En caso de suscitarse cualquier litigio en consecuencia o en relación con el presente contrato, las partes se sujetarán a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta. Las acciones contra el Contratante, o beneficiario, en el domicilio del demandado.	ART. 692, 728 Libro Sexto, Código de Comercio y Art. 9, 10 Código Orgánico General de Procesos
40	Prescripción	scvs	Obligatorio	Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta póliza prescriben en tres (3) años a partir del acontecimiento que les dio origen	En caso de duda, por la omisión, interpretación, descripción y aplicación de las condiciones detalladas en la presente póliza se incluirán las normas aplicables en la materia.	Art. 729 del Libro Sexto, Código de Comercio
41	Notificaciones	scvs	Obligatorio	Indica las direcciones físicas y electrónicas de las partes para futuras comunicaciones y/o notificaciones en relación al contrato	Cualquier notificación que deba hacerse a la Compañía por efecto del presente contrato, podrá ser dirigido a la dirección que corresponda a la sucursal que expidió la póliza, de las anotadas en el cuadro de declaraciones de la presente póliza.	Art. 701, 717, Libro Sexto, Código de Comercio y Art. 3, 6, 10, 11, 52 Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes De Datos

TABLA DE COBERTURAS

NOMBRE DEL PLAN:
TIPO DE PLAN:
ÁMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA:
MODALIDAD:
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA:
TIPO DE DEDUCIBLE:
VALOR DE DEDUCIBLE:
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE:

Ecuador / Latinoamérica / Mundial
(por incapacidad o individual)
(por incapacidad o individual)

PRESTACIONES SANITARIAS

COPAGO	(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)	PERIODO DE CARENCIA
--------	---	------------------------

COPAGO	(SUB)LÍMITES DE COBERTURA (en cantidad y valor a ser cubierto)	PERIODO DE CARENCIA
--------	---	------------------------

RED ABIERTA

RED CERRADA

COBERTURA HOSPITALARIA
Atención hospitalaria
Habitación y alimentación
Habitación y alimentación, acompañante menor de 16 y mayor de 75 años
Cuidados intensivos
Honorarios Médicos:
Cirujano principal 100% (acorde a tabla honorarios)
Anestesiólogo __%
Ayudante __%
Cirugía reconstructiva
Medicinas e insumos

COBERTURA AMBULATORIA
Atención ambulatoria
Consulta médica
Terapias (física, respiratoria, lenguaje, cardiaca)
Medicina tradicional, alternativa validada por la Autoridad Sanitaria Nacional
Medicamentos de marca
Medicamentos genéricos
Urgencia
Diálisis y hemodiálisis

COBERTURA DE MATERNIDAD

Atención de embarazos y sus complicaciones de manera integral para la madre y el recién nacido

Si el embarazo se produjere durante el período de carencia, cobertura con tarifa cero

COBERTURA AL RECIEN NACIDO (R.N.)

Atención del R.N. *

Atención al R.N. * que padeciere de patologías congénitas, genéticas o hereditarias

Inclusión intraútero en maternidad cubierta

Inclusión intraútero en período de carencia

COBERTURAS OBLIGATORIAS

Atención a enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes

Emergencias

Tarifa cero

Otras que determine la Autoridad Sanitaria

Métodos anticonceptivos temporales

Métodos anticonceptivos definitivos

Fórmulas alimenticias

Cama y alimentación de acompañante

Problemas de mal nutrición

Atención para condiciones de salud a consecuencia o por uso de drogas, estupefacientes (...)

Enfermedades de transmisión sexual

Tratamientos dentales cuando sean causados por accidente

PERSONAS CON DISCAPACIDAD **

Atención hospitalaria, ambulatoria, hospital del día; incluye preexistencia asociadas a las personas con discapacidad.

--	--	--

--	--	--

PREEXISTENCIAS

Atención hospitalaria y ambulatoria (incluyendo hospital de día) enfermedades preexistentes

--	--	--

--	--	--

OTRAS COBERTURAS

Trasplante de órganos no experimental para el afiliado/asegurado/beneficiario: esta cobertura corresponde a los procedimientos de pre-trasplante, trasplante y post-trasplante del donante y receptor.

Atención de enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias, con cobertura total;

Atención de enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras, de acuerdo con el plan contratado;
Ambulancia terrestre, aérea y fluvial

COBERTURAS ADICIONALES (libre negociación)

Vacunas

Extracción de terceros molares

Medias elásticas

Muletas, sillas de ruedas

* El R.N. continuará cubierto siempre que se notifique dentro de los n días luego del nacimiento.

** PERSONA CON DISCAPACIDAD acreditada por la autoridad competente.