

CONDICIONES GENERALES

Esta póliza ampara a los asegurados titulares entre los 18 y 70 años de edad y a sus dependientes contra los riesgos de enfermedad o accidente, las 24 horas del día, los 365 días del año, en cualquier parte del mundo y cualesquiera sean los Centros de atención hospitalaria y los profesionales de salud utilizados.

1. **BENEFICIOS**

De acuerdo al plan de beneficios, detallado en Condiciones Particulares.

2. **DEFINICIONES**

ASEGURADOR:

Es LA UNION Compañía Nacional de Seguros S.A., legalmente constituida y autorizada para operar en el Ramo de Asistencia Médica en la República del Ecuador, la cual asume los riesgos especificados en este Contrato de Seguro que para todos los efectos se denominará la Compañía.

SOLICITANTE:

Es la persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro, sea obrando por cuenta propia o por la de un tercero interesados en trasladar los riesgos a la Compañía.

ASEGURADO TITULAR:

Es la persona natural que, perteneciendo al grupo asegurado, es elegible para la cobertura otorgada por la póliza y no es catalogado como familiar o dependiente.

DEPENDIENTES ASEGURADOS:

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

ASEGURADO (S):

Asegurado titular y dependientes asegurados, si los hubiere.

ENFERMEDAD O INCAPACIDAD:

Es la alteración de la salud que se manifiesta a través de síntomas y sea diagnosticada por un médico.

ACCIDENTE:

Es el hecho exterior, imprevisto, repentino o independiente de la voluntad del asegurado que le produzca lesiones corporales visibles o internas inmediatamente comprobables.

ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE:

Es la enfermedad cuya existencia es anterior o precedente a la vigencia de la póliza.

ENFERMEDAD CONGENITA:

Es la enfermedad, anomalía o malformación presente al nacer, pudiendo ser hereditaria, adquirida en útero, existente antes o desde el nacimiento, aunque no necesariamente descubierta en ese momento.

HOSPITAL – CLINICA:

Es el establecimiento que reúne todos los requisitos técnicos para prestar atención a los enfermos, debidamente reconocido, autorizado y registrado de acuerdo con las disposiciones legales.

PROFESIONALES DE LA SALUD:

Son las personas naturales que cumpliendo los requisitos legales, están autorizadas para el ejercicio de la profesión en área clínica, quirúrgica o paramédica.

HOSPITALIZACION:

Es la permanencia del asegurado en un hospital o clínica por enfermedad o accidente, siempre que cause pensión hospitalaria o uso del hospital del día, sala de cirugía o anestesia.

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA:

Es la modalidad de atención hospitalaria o clínica, la cual debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos: atención personalizada, monitoreo, equipos de resucitación, respiradores, servicios médicos y de enfermería permanente.

ATENCION AMBULATORIA:

Es la atención médica que no requiere hospitalización proporcionada por un médico legalmente autorizado. Abarca honorarios, medicinas recetadas, exámenes de laboratorio, rayos X, de acuerdo al plan contratado.

3. SUMA MAXIMA POR INCAPACIDAD:

Máximo de cobertura a que tiene derecho por cada incapacidad (enfermedad o accidente) el Asegurado Titular y cada uno de sus dependientes asegurados dentro y/o fuera del hospital.

4. MAXIMO DE CUARTO Y ALIMENTO DIARIO:

Beneficio máximo diario por cada incapacidad, indemnizable por la Compañía al porcentaje (%) que se establezca, hasta por 30 días, por concepto de hospitalización y/o cirugía. Este beneficio es independiente del límite máximo por incapacidad y del límite de coaseguro.

5. DEDUCIBLE:

Cantidad que dentro de los gastos médicos cubiertos corren de cuenta del Asegurado.

6. LIMITE DE COASEGURO:

La Compañía reembolsará el porcentaje (%) de los gastos médicos incurridos a consecuencia de enfermedad o accidente hasta el límite contratado, de allí en adelante, el exceso de este límite en una misma incapacidad correrá de cuenta del asegurado.

Si existiere límite de coaseguro, la Compañía reembolsará el porcentaje (%) establecido hasta el límite de coaseguro contratado. De allí en adelante, el exceso de este límite en una misma incapacidad, la Compañía reembolsará al 100% hasta el máximo por incapacidad contratado.

7. REEMBOLSO:

Valor que se obtiene como resultado de aplicar la liquidación de los gastos presentados por el asegurado debidamente justificados para el tratamiento de una enfermedad y/o accidente aplicando el plan de beneficios contratado.

El plazo para el reembolso de los siniestros será acordado por las partes, sin que en ningún caso exceda del plazo estipulado en la Ley. Este correrá luego de que el asegurado haya presentado en la Compañía la documentación contractualmente requerida.

8. EMERGENCIA POR ACCIDENTE:

Erogaciones que al 100% indemnizará la Compañía hasta el límite establecido en la Póliza para cubrir los gastos médicos ambulatorios a consecuencia de accidente, incurridos en las 24 horas inmediatamente siguientes al momento del mismo. El exceso la Compañía reembolsará de acuerdo al Plan de Asistencia Médica.

9. PERIODO DE INCAPACIDAD:

Todos los períodos durante los cuales el asegurado se encuentra incapacitado debido a accidente o enfermedad durante cada uno de tales períodos tiene derecho a los beneficios máximos indicados. El período de incapacidad comenzará a partir de la fecha en que se incurrió en el primero de los gastos cubiertos y terminará en la primera de las fechas siguientes:

- 1.- Un año a partir del comienzo del período de incapacidad.
- 2.- Al término del número de días indicados en el Plan de Asistencia Médica.
- 3.- La fecha en que se haya agotado el límite máximo por incapacidad contratado.

Cuando se incurra en gastos cubiertos en dos o más fechas diferentes debido a un mismo accidente o enfermedad o causas relacionadas, dichos gastos serán considerados dentro de un mismo período de incapacidad.

Cuando se incurra en gastos cubiertos en dos o más fechas diferentes debido a distintas causas, dichos gastos serán considerados dentro de diferentes períodos de incapacidad.

10. ELEGIBILIDAD:

Son elegibles bajo la cobertura de Asistencia Médica, todos los asegurados titulares que estén agrupados bajo una misma personería o que tengan con una tercera, natural o jurídica, relaciones estables de cualquier tipo, en forma activa y permanente y que consten en los registros de la póliza.

11. VIGENCIA:

Plazo que las partes acuerden para la cobertura de la póliza. Si se trata de una póliza cuya vigencia es mayor a un año, al aniversario automáticamente se restituye el plan de beneficios contratado, en todas sus partes.

12. COBERTURA:

Gastos cubiertos: Los incurridos durante una internación en un hospital y/o como tratamiento ambulatorio.

Cubre todos los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado Titular y/o sus Dependientes Asegurados dentro o fuera de cualquier establecimiento clínico u hospitalario legalmente registrado y autorizado, ordenados por médicos graduados legalmente autorizados para practicar la medicina, incluyendo sus honorarios dentro o fuera del país, como consecuencia de accidente o enfermedad. Todo esto de acuerdo al plan detallado, con excepción de aquellos gastos incurridos por las causas o condiciones indicadas en las Exclusiones.

Para efectos de esta póliza, por los gastos necesarios, razonables y acostumbrados se entenderán aquellos costos médicos que no excedan el nivel de cargos hechos por otros de carácter similar, en establecimientos clínicos u hospitalarios de la localidad donde este funciona, a causa de enfermedad determinada mediante diagnóstico médico o accidente que requiera tratamiento y/o procedimiento médico preciso, forzoso e inevitable.

13. MATERNIDAD:

Bajo esta cobertura, independiente de cualquier otro beneficio de Asistencia Médica, la Compañía indemnizará hasta los límites establecidos en el plan de beneficios, todos los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados como definidos arriba, incurridos

directamente a causa de embarazo, incluyendo parto normal, cesárea y aborto no provocado únicamente de la cónyuge del asegurado titular o de la asegurada titular, incluyendo los gastos normales del recién nacido mientras la madre se encuentre internada en la clínica u hospital a causa del parto.

14. EXCLUSIONES DE LA POLIZA

1. Lesiones intencionalmente causadas a sí mismo.
2. Accidentes y/o enfermedades por afición o uso de drogas, estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a locura, estados de demencia, incluso las resultantes por intento de suicidio.
3. Enfermedades mentales, nerviosas y stress; tratamientos de desordenes mentales, psiquiátricos y psicológicos; terapias de lenguaje y ocupacionales a consecuencia de trastornos sicomotores.
4. Curas de reposo y gastos que se incurran en un sanatorio.
5. Período de cuarentena y/o cuidados sanitarios por en enfermedades contagiosas fruto de epidemias declaradas por las autoridades de salud.
6. Cualquier condición relacionada con el SIDA
7. Cirugía plástica o cosmética a excepción de cirugías reconstructivas necesarias como consecuencia de una lesión accidental ocurrida durante la vigencia de la póliza, debidamente comprobada.
8. Enfermedad pre-existente y/o congénita.
9. Chequeos médicos y/o exámenes y controles generales de salud.
10. Lesiones o enfermedades a consecuencia directa o indirecta de guerra, sea esta declarada o no, revolución, conmoción civil, servicio militar en época de paz o guerra, energía atómica o catastrófica.
11. Lesiones o enfermedades directamente ocasionadas por la anticipación en motín o huelga o acto delictuoso.
12. Exámenes dentales, extracciones, calces y todos los tratamientos dentales en general, costo de prótesis dentales, excepto por accidente
13. Honorarios del Optometrista, suministro y reposición de anteojos y lentes de contacto.
14. Defectos de refracción visual.
15. Procedimientos o tratamientos homeopáticos, bioenergéticos, acupuntura, terapia neural, terapia celular y similares
16. Medicina preventiva, regímenes dietéticos con fines estéticos y tratamientos y/o cirugías de fertilización y/o esterilización.
17. Suministros de audífonos, muletas, aparatos ortopédicos y prótesis, así como su adaptación y/o reposición.

15. PERIODO DE CARENCIA:

La presente póliza tendrá limitaciones en cuanto a los beneficios, según el PERIODO DE CARENCIA que se estipule.

Se entenderá por periodo de carencia, al tiempo durante el cual el asegurado titular y sus dependientes asegurados no tendrán cobertura total o parcial.

16. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:

Cuando un asegurado titular tenga dos o más seguros sobre los mismos riesgos cubiertos por esta póliza, deberá declararlo a la presentación de las reclamaciones. En este caso, el asegurador liquidará los siniestros y efectuará los reembolsos respectivos en proporción a la cuantía de cada uno de los contratos. La inobservancia de esta obligación acarreará la pérdida del derecho al reembolso.

17. LIMITACIONES Y VENTAJAS EN LA COBERTURA:

La Compañía podrá limitar los términos de la cobertura o ampliar los mismos siempre y cuando estos cambios se los haga por escrito mediante Condiciones Especiales o Particulares, según su naturaleza.

18. INEXACTITUD O RETICENCIA:

El solicitante y/o el asegurado están obligados a declarar objetivamente el estado del riesgo. La reticencia o falsedad vician de nulidad relativa el contrato de seguro.

19. NOTIFICACIÓN:

1. Las comunicaciones del Contratante, o de los Asegurados, solo serán válidas si han sido dirigidas por escrito a las oficinas del asegurador.
2. Las comunicaciones del asegurador al Contratante o a los Asegurados, se consideraran validas si se han dirigido por escrito al ultimo domicilio conocido del Contratante.

20. PRESCRIPCIÓN:

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

21 JURISDICCIÓN Y DOMICILIO:

Cualquier cuestión que se suscitare entre la Compañía, el Contratante y/o los Asegurados, con motivo del presente Contrato de Seguro, queda sometida a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta; las acciones contra el Contratante o Asegurado, en el domicilio del demandado.