

BUPA ECUADOR

Póliza de Seguros de Asistencia Médica
Global Select Health Plan



Queda entendido y convenido que el presente documento forma parte integrante de la póliza de seguro de asistencia médica Global Select Health Plan.

La **Tabla de Coberturas** que se presenta a continuación proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en la **póliza** y los límites de los beneficios. La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**.

Todas las cantidades mencionadas en la Tabla de Coberturas, relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles**, se entenderán referidas en dólares americanos, moneda oficial del Ecuador.

La **Aseguradora** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** anual obligatorio correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a deducible. Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por la **Aseguradora** considerando el gasto **usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele exclusiones o restricciones particulares y generales. Favor consultar las Exclusiones y Limitaciones en el documento de Condiciones Generales de la póliza.

Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada **asegurado**. Algunos límites aplican por **año póliza**, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que renueve su **póliza** de seguro. Otros límites aplican de por vida, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la renovación de la **póliza**.

El monto máximo de cobertura por asegurado aplicará el acumulado de todos los gastos realizados por un mismo asegurado durante su año de vigencia.

Opciones de **deducible** anual obligatorio:

	Dentro del país de residencia :	Fuera del país de residencia
Plan 1	Doscientos cincuenta dólares (US\$250)	Cinco mil dólares (US\$5,000)
Plan 2	Dos mil dólares (US\$2,000)	Dos mil dólares (US\$2,000)
Plan 3	Cinco mil dólares (US\$5,000)	Cinco mil dólares (US\$5,000)
Plan 4	Diez mil dólares (US\$10,000)	Diez mil dólares (US\$10,000)
Plan 5	Veinte mil dólares (US\$20,000)	Veinte mil dólares (US\$20,000)

TABLA DE COBERTURAS						
NOMBRE DEL PLAN:	GLOBAL SELECT HEALTH PLAN					
TIPO DE PLAN:	INDIVIDUAL					
MODALIDAD:	MIXTA					
TIPO DE DEDUCIBLE	POR PERSONA					
VALOR DEL DEDUCIBLE	De acuerdo al plan contratado					
MONTO MÁXIMO DE COBERTURA POR ASEGURADO POR AÑO PÓLIZA:	2.000.000,00					
COBERTURA GEOGRÁFICA	ECUADOR A menos de que se especifique lo contrario, la cobertura de esta Póliza dentro del Ecuador es de libre elección de proveedores médicos.					
	INTERNACIONAL A menos de que se especifique lo contrario, esta Póliza proporciona cobertura en el exterior dentro de la red de proveedores internacionales de Bupa correspondiente a este producto, excepto para emergencias, las cuales están cubiertas bajo la cobertura de "tratamiento médico de emergencia".					
	(a) La red de proveedores internacionales de Bupa aplicable a este producto está disponible a través de la Compañía o en su página de internet: www.bupasalud.com.ec .					
	(b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la red de proveedores, todo tratamiento médico deberá ser notificado por el Asegurado y coordinado por la Compañía. Sin embargo, la Compañía no participará en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes aplicable vigentes. Por favor comuníquese con la Compañía para obtener más información sobre esta restricción.					
NOMBRE DEL TARIFARIO APLICABLE	DENTRO DEL ECUADOR: Tarifario Bupa (basado en Tabla Hospital Metropolitano)					
	PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA: Tarifario Nacional					
	FUERA DEL ECUADOR: Tarifario Bupa de acuerdo al área geográfica					
FINANCIAMIENTO/ COBERTURAS/ PRESTACIONES SANITARIAS						
PRESTACIONES SANITARIAS Beneficios amparados en la cobertura	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	COPAGO	SUB-LÍMITES / TOPES MÁXIMOS DE COBERTURA	CARENCIA	COPAGO	SUB-LÍMITES / TOPES MÁXIMOS DE COBERTURA	CARENCIA
COBERTURA AMBULATORIA						
Cirugía ambulatoria	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Exámenes de patología, radiología y diagnóstico	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Honorarios médicos	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Enfermeros profesionales	0%	Máximo 15 visitas por año póliza, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario	0 días	0%	Máximo 15 visitas por año póliza, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario	0 días
Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos Incluye: Terapias físicas, cardíacas, respiratorias y de lenguaje (debe ser pre-aprobada)	0%	Máximo 20 visitas por año póliza, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario	0 días	0%	Máximo 20 visitas por año póliza, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario	0 días
Consultas medicina alternativa y ancestral	0%	US\$50	0 días	0%	US\$50	0 días

Código Aprobación ACESS N°: Opción 1: 012-010-173; Opción 2: 012-010-174; Opción 3: 012-010-175; Opción 4: 012-010-176; Opción 5: 012-010-177. Ligado al Contrato ACESS N°:012-S12-2020

Medicamentos y materiales de curación con receta médica	20%	Hasta US\$5,000	0 días	20%	Hasta US\$5,000	0 días
Medicamentos y materiales de curación con receta médica	0%	Después de los US\$5,000, Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Después de los US\$5,000, Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Equipo médico durable y suministro de los equipos (debe ser pre-aprobada)	0%	Hasta US\$8,000	0 días	0%	Hasta US\$8,000	0 días
Imagenología avanzada	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Tratamiento integral del cáncer y rehabilitación (debe ser pre-aprobada)	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Diálisis y Heomodiálisis renal	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Salud mental en ambulatorio (psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta).	0%	Máximo 15 visitas por año póliza, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario	0 días	0%	Máximo 15 visitas por año póliza, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario	0 días
Centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en Estados Unidos. •Red Preferida Bupa, disponible en la Compañía o en su página de Internet: www.bupasalud.com.ec (no aplica coaseguro ni deducible)	Fee administrativo US\$50	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	30 días	Beneficio exclusivo Red Cerrada		
COBERTURA PREHOSPITALARIA						
Ambulancia aérea local (debe ser pre-aprobada)	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Ambulancia terrestre local (debe ser pre-aprobada)	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
COBERTURA HOSPITALARIA						
Alojamiento en el hospital, alimentos e interconsultas	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Derecho a sala, insumos, materiales clínicos y medicamentos	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Cuidados intensivos	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Cirugía	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Honorarios del médico/cirujano	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Honorarios del anestesista	0%	Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal	0 días	0%	Hasta el 30% de los honorarios del Cirujano Principal	0 días

Código Aprobación ACESS N°: Opción 1: 012-010-173; Opción 2: 012-010-174; Opción 3: 012-010-175; Opción 4: 012-010-176; Opción 5: 012-010-177. Ligado al Contrato ACESS N°:012-S12-2020

Honorarios del médico/cirujano asistente	0%	Hasta el 20% de los honorarios del Cirujano Principal	0 días	0%	Hasta el 20% de los honorarios del Cirujano Principal	0 días
Exámenes de patología, radiología y diagnóstico	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas (debe ser pre-aprobada)	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Cirugía por obesidad (debe ser pre-aprobada)	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	90 días
Cirugía preventiva (debe ser pre-aprobada)	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Prótesis	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario, hasta 2 reemplazos	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario, hasta 2 reemplazos	0 días
Implantes prostéticos y órtesis	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Cirugía reconstructiva o correctiva (debe ser pre-aprobada)	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Salud mental durante la hospitalización (debe ser pre-aprobada)	0%	Máximo 90 visitas de por vida, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario	0 días	0%	Máximo 90 visitas de por vida, hasta el monto contratado y de acuerdo al Tarifario	0 días
PROHIBICIÓN A LAS EXCLUSIONES						
Tratamiento dental relacionado con accidentes	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Enfermedades de transmisión sexual diferentes al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	0%	US\$50	90 días en hospitalario 30 días en ambulatorio	0%	US\$50	90 días en hospitalario 30 días en ambulatorio
Métodos anticonceptivos temporales o definitivos (aplica solo en Ecuador)	0%	US\$50	30 días	0%	US\$50	30 días
Desórdenes del sueño (aplica solo en Ecuador)	0%	US\$50	30 días	0%	US\$50	30 días
Tratamiento por obesidad (aplica solo en Ecuador)	0%	US\$50	30 días en ambulatorio 90 días en hospitalario	0%	US\$50	30 días en ambulatorio 90 días en hospitalario
Medicamentos suplementarios (aplica solo en Ecuador) incluye vitaminas y fórmulas alimenticias medicadas	0%	US\$50	30 días	0%	US\$50	30 días
Cama extra en el hospital para (1) acompañante	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Alimentación en el hospital para (1) acompañante de menor de edad o adulto mayor de 75 años hospitalizado	0%	US\$50	90 días	0%	US\$50	90 días

Código Aprobación ACCESS N°: Opción 1: 012-010-173; Opción 2: 012-010-174; Opción 3: 012-010-175; Opción 4: 012-010-176; Opción 5: 012-010-177. Ligado al Contrato ACCESS N°:012-S12-2020

COBERTURAS OBLIGATORIAS						
Enfermedades crónicas y catastróficas sobrevivientes (los sublímites estarán sujetos a lo especificado en esta Tabla de Coberturas, de acuerdo al beneficio que se requiera)	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Tratamiento médico de emergencia en Ecuador de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Generales	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero (aplica solo en Ecuador) El detalle de las coberturas de esta prestación se encuentra en las Condiciones Generales de esta Póliza • No aplica deducible ni coaseguro	0%	De acuerdo al Tarifario Nacional	30 días	Beneficio exclusivo Red Cerrada		
OTROS BENEFICIOS						
Condiciones congénitas y/o hereditarias (aplica fuera de Ecuador) • Diagnosticadas antes de los 18 años (máximo de por vida)	0%	US\$200,000 de por vida	0 días	0%	US\$200,000 de por vida	0 días
Condiciones congénitas y/o hereditarias • Diagnosticadas a los 18 años o después	0%	US\$500,000 de por vida	0 días	0%	US\$500,000 de por vida	0 días
Condiciones congénitas y/o hereditarias consideradas enfermedades raras y huérfanas o enfermedades catastróficas que sean tratadas en Ecuador.	0%	US\$1.000,000 de por vida	0 días	0%	US\$1.000,000 de por vida	0 días
Trasplantes (debe ser pre-aprobado)	0%	US\$500,000 por diagnóstico, de por vida	0 días	0%	US\$500,000 por diagnóstico, de por vida	0 días
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	0%	US\$300,000 de por vida	90 días en hospitalario 30 días en ambulatorio	0%	US\$300,000 de por vida	90 días en hospitalario 30 días en ambulatorio
Cobertura para actividades y deportes peligrosos en forma amateur	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Evacuación médica sin costo de prima adicional (debe ser pre-aprobada)	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación o repatriación) sin costo de prima adicional (debe ser pre-aprobada)	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Costos de alimentación y transporte para acompañante sin costo de prima adicional	0%	US\$100 por día, máximo 10 días por año póliza	0 días	0%	US\$100 por día, máximo 10 días por año póliza	0 días
Costos de viaje de traslado de niños sin costo de prima adicional (debe ser pre-aprobada)	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días	0%	Hasta el monto contratado, de acuerdo al Tarifario.	0 días
Examen de salud general No aplica deducible	0%	US\$400	10 meses	0%	US\$400	10 meses
Vacunas medicamente requeridas No aplica deducible	20%	US\$300	0 días	20%	US\$300	0 días

Código Aprobación ACCESS N°: Opción 1: 012-010-173; Opción 2: 012-010-174; Opción 3: 012-010-175; Opción 4: 012-010-176; Opción 5: 012-010-177. Ligado al Contrato ACCESS N°:012-S12-2020

Enfermería en casa (debe ser pre-aprobada)	0%	US\$300 por día, máximo 30 días	0 días	0%	US\$300 por día, máximo 30 días	0 días
Rehabilitación multidisciplinaria (debe ser pre-aprobada), aplica cuando: • se requiera combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiologías • inicie dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la rehabilitación multidisciplinaria.	0%	US\$300 por terapia, máximo 30 terapias	0 días	0	US\$300 por terapia, máximo 30 terapias	0 días
Cobertura extendida para dependientes elegibles debido a la muerte del Asegurado Principal	De acuerdo al plan contratado por un (1) año			De acuerdo al plan contratado por un (1) año		
PREEXISTENCIAS						
Condiciones preexistentes Beneficio de ley para condiciones preexistentes, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Generales de esta póliza.	0%	Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza	24 meses	0%	Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza	24 meses
DISCAPACIDAD						
Cobertura para personas con discapacidad Beneficio de ley para condiciones preexistentes, de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Generales de esta póliza.	0%	Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza	3 meses	0%	Hasta 20 salario básicos unificados por año póliza	3 meses

Nota:

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control aprobó el presente anexo con el número de registro 55193, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2022-00048117-O del 11 de agosto 2022.