

### **CONDICIONES PARTICULARES**

**SOLICITANTE:** BANCO PICHINCHA CA  
**ASEGURADO:** CLIENTES DEL BANCO PICHINCHA CA  
**PRODUCTO:** **PLAN SALUD VITAL**  
**POLIZAS:** 1004054 / PLAN SALUD VITAL PERFECTO  
1004515 / PLAN SALUD VITAL MÉDICO  
1004523 / PLAN SALUD VITAL DENTAL  
**RAMO:** ACCIDENTES PERSONALES

### **DETALLE DE PLANES:**

<b>COBERTURA:</b>	<b>PSV PERFECTO</b>	<b>PSV MÉDICO</b>	<b>PSV DENTAL</b>
Muerte accidental (titular)	\$ 5,000.00	\$ 5,000.00	\$ 5,000.00
Gastos médicos por accidente (titular)	\$ 500.00	\$ 500.00	\$ 500.00
Ambulancia por accidente bajo reembolso (titular)	\$ 100.00	No Incluido	No Incluido
Ambulancia por emergencia bajo reembolso (titular + familia)	\$ 50.00	\$ 50.00	\$ 50.00
Canasta básica familiar por accidente (titular)	\$ 500.00	No Incluido	No Incluido
Plan ambulatorio médico general (titular + familia)	Incluido	Incluido	No Incluido
Plan ambulatorio médico especialidad (titular + familia)	Incluido	Incluido	No Incluido
Plan ambulatorio odontológico (titular + familia)	Incluido	No Incluido	Incluido
<b>Primas totales mensuales</b>	<b>USD. 13,47</b>	<b>USD. 6,50</b>	<b>USD. 8,50</b>

### **OBJETO DEL SEGURO:**

Plan de seguro para clientes de BANCO PICHINCHA, de acuerdo a las coberturas que se detalla a continuación:

### **DEFINICION DE COBERTURAS DE SEGUROS:**

#### **Muerte accidental:**

Cuando la lesión corporal cause la muerte del Asegurado dentro de los ciento ochenta días 180 días siguientes a la fecha del accidente, la compañía pagará la suma asegurada principal como indemnización por pérdida accidental de la vida.

#### **Gastos Médicos por accidente:**

Si como resultado de un accidente, las lesiones sufridas por el Asegurado requieren asistencia médica o quirúrgica, hospitalización o cuidado de enfermeras, la Compañía pagará los gastos reales en que hubiese incurrido el Asegurado por tales conceptos, incluyendo medicamentos, cuando dichos gastos se hubieren generado por prescripción médica y dentro del período contado desde el día del accidente hasta los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia, pero sin exceder de la cantidad pagadera en conjunto que se estipula como suma asegurada.

Los honorarios solo serán cubiertos por la Compañía si son de médicos y enfermeras graduadas y oficialmente autorizadas para el ejercicio de su profesión.

#### **Gastos de ambulancia por accidente:**

Si las lesiones accidentales sufridas por el Asegurado requieren utilizar una ambulancia, la Compañía pagará hasta el límite estipulado para esta cobertura.

#### **Canasta familiar por muerte accidental:**

Si las lesiones accidentales sufridas por el Asegurado principal causan la muerte del mismo, la Compañía pagará hasta el límite estipulado en las condiciones particulares de la Póliza como renta mensual para canasta familiar, a los beneficiarios designados por el Asegurado hasta un período máximo de doce (12) meses. En este caso la indemnización será pagada de forma mensual hasta el límite convenido.

### **DEFINICION DE COBERTURAS MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS:**

Se confirma que todos los asegurados amparados bajo la presente póliza, cuentan con el servicio de Plan Ambulatorio Médico, para el titular, su cónyuge e hijos menores de 23 años, a través del prestador de servicios SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A., quien se encargará de proporcionar los servicios ofrecidos para lo cual utilizará su infraestructura y red de proveedores.

#### ***Detalle del servicio:***

#### **Gastos de ambulancia por emergencia:**

Si las lesiones por accidente o enfermedad sufridas por el Asegurado o algún miembro de su grupo familiar, requieren utilizar una ambulancia, la Compañía pagará hasta el límite estipulado para esta cobertura.

#### **Cobertura consulta médica general**

Plan Perfecto: 3 consultas al mes por persona Copago: US\$3,00 por consulta  
 Plan Médico: 6 consultas al mes por persona Copago: US\$3,00 por consulta

- Consultas Médicas en la Red de Prestadores de Servicios, por mes calendario.
- Las Consultas Médicas no serán acumuladas de un mes calendario a otro, ni retroactivas.
- En ningún caso, el número de Consultas Médicas mensuales se podrán acumular de un mes a otro, por Usuario.
- En caso de incorporarse un nuevo miembro al Grupo Familiar Afiliado, éste sólo tendrá derecho a las Consultas Médicas de los siguientes meses restantes de la vigencia de la cobertura del Afiliado Titular.
- El paciente Usuario o su representante, para que el primero acceda a la Consulta Médica, pagará a SALUDSA en el punto de atención de la respectiva Red de Prestadores de Servicios, la suma de USD \$ 3,00 por cada Consulta Médica por concepto de gasto administrativo o copago.
  - El Profesional de la Salud que atienda a un paciente Usuario en cualquiera de las Consultas Médicas mensuales indicadas, si lo cree necesario y amerita para el tratamiento curativo y restablecimiento de la salud del respectivo paciente Usuario en el área de medicina general, recetará cualquiera de las Medicinas Cubiertas por el Plan (en base al Vademécum aprobado). Para acceder a las Medicinas Cubiertas, además de lo anterior, el paciente Usuario deberá retirarlas única y exclusivamente de una de las farmacias de la Red de Farmacias afiliadas a SALUD S.A.; cualquier receta entregada en una consulta médica distinta a las Consultas Médicas de Plan, no estará cubierta por el Programa.

#### **Cobertura consulta médica especialidad**

Plan Perfecto: 1 consulta al mes por persona Copago: US\$15,00 por consulta  
 Plan Médico: 8 consultas al mes por grupo familiar Copago: US\$5,00 por consulta

- Consultas Médica en la Red de Prestadores de Servicios, por mes calendario.
- Las Consultas Médicas no serán acumuladas de un mes calendario a otro, ni retroactivas
- En ningún caso, el número de Consultas Médicas mensuales se podrán acumular de un mes a otro, por Usuario o Grupo familiar
- En caso de incorporarse un nuevo miembro al Grupo Familiar Afiliado, éste sólo tendrá derecho a las Consultas Médicas de los siguientes meses restantes de la vigencia de la cobertura del Afiliado Titular.
  - El paciente Usuario o su representante, para que el primero acceda a la Consulta Médica, pagará a SALUDSA en el punto de atención de la respectiva Red de Prestadores de Servicios, la suma de USD \$ 15,00 o \$5,00 (dependiendo del plan contratado) por cada Consulta Médica por concepto de gasto administrativo o copago.
  - El listado de medicina de especialidad es la siguiente: Pediatría y Ginecología

#### **Cobertura odontológica**

Servicios	Periodicidad	Tipo	Cobertura	Incluye
Profilaxis	1 por año	Preventivo	100%	Plan Perfecto
Profilaxis	2 por año	Preventivo	100%	Plan Médico
Aplicación de flúor	1 por año	Preventivo	100%	Plan Perfecto

Aplicación de flúor	2 por año	Preventivo	100%	Plan Médico
Una resina o una amalgama de hasta 5 superficies	1 por mes	No Emergencia	100% con pago de USD 5.00	Plan Perfecto y Médico
Una resina o una amalgama de hasta 5 superficies	1 por mes	Emergencia	100%	Plan Perfecto y Médico
Urgencias – Odontalgia	Ilimitado	Emergencia	100%	Plan Perfecto y Médico
Rayos X peri apicales	Ilimitado	Emergencia	100%	Plan Perfecto y Médico
Extracción Simple	Ilimitado	Emergencia	100%	Plan Perfecto y Médico
Extracción en remanentes radiculares	Ilimitado	Emergencia	100%	Plan Perfecto y Médico
Endodoncia en anteriores, premolares y molares	Ilimitado	Emergencia	100%	Plan Perfecto y Médico
Consultas odontológicas con todas las especialidades que contemplen la cobertura del plan, durante el tratamiento (incluido examen clínico y diagnóstico)			100%	Plan Perfecto y Médico

#### ACCESO A DESCUENTOS HOSPITALARIOS Y OTROS

- En caso que un Usuario requiera realizarse exámenes de laboratorio clínico y/o de imagen, éste gozará de precios preferenciales en el laboratorio de los Centros Médicos en convenio; previa confirmación con el Call Center del Plan

#### EXCLUSIONES:

##### **Cobertura de seguros**

- Infecciones bacterianas
- Enfermedades de cualquier tipo
- Tratamiento médico quirúrgico
- Lesión corporal que dé lugar a formación de una hernia
- Suicidio o tentativa de suicidio (esté o no el asegurado en su sano juicio)
- Heridas auto infligidas intencionalmente
- Participación en deportes y competencias extremas y peligrosas
- Viajes aéreos en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros, así como tampoco cubre pérdidas o daños a los miembros de la tripulación de cualquier aeronave.
- Guerra civil o internacional, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidad y operaciones de guerra (haya o no declaración de guerra), rebelión o sedición
- Emisión de radiaciones, ionizantes o contaminación por radio actividad de cualquier combustible nuclear.
- Mientras el asegurado esté sirviendo en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
- Procesos médicos relacionados con el virus HIV o SIDA
- Cualquier acto terrorista

##### **Cobertura médica y odontológica**

- Emergencias médicas.
- Atenciones médicas sin previa cita.
- Atenciones con prestadores que no integren la Red de Prestadores de Servicios.
- Acumulación de beneficios o coberturas.
- Medicamentos que no fueren considerados como Medicinas Cubiertas.
- Enfermedades Crónicas.
- Cualquier servicio, medicina e insumos adicionales a los señalados expresamente en cada Plan.

#### DEDUCIBLE:

Para gastos médicos USD.10,00 por evento

**EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA:**

- Edad mínima de ingreso 18 años cumplidos.
- Edad máxima de ingreso y permanencia Ilimitado

**PERIODO DE COBERTURA:**

La vigencia de esta protección es MENSUAL siempre y cuando el afiliado titular mantenga al día sus pagos.

**AVISO DE SINIESTRO:**

La notificación escrita de un evento sobre el cual pueda establecerse una reclamación deberá ser entregada a la compañía dentro de los sesenta días (60) días siguientes a la ocurrencia o comienzo de cualquier pérdida cubierta por la póliza. Estas notificaciones deberán hacerse a los siguientes teléfonos: 1700-742742 / 023948125 / 072882684 quienes coordinarán el trámite de reclamación

**PROCEDIMIENTO PARA RECLAMOS:**

La indemnización será efectuada dentro de los 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de recepción de toda la documentación necesaria para la prueba de la reclamación.

Para tales efectos se deberá presentar los siguientes documentos descritos a continuación; sin embargo existirán casos en los que se requiera documentación adicional, la cual daremos a conocer oportunamente, en función de la complejidad del caso.

**DOCUMENTOS NECESARIOS PARA HACER UNA RECLAMACION:**

**Para muerte accidental y canasta familiar:**

- Formulario de reclamación.
- Partida de nacimiento o copia de cédula de identidad del asegurado fallecido.
- Partida de defunción.
- Certificado de Autopsia.
- Parte policial o acta de levantamiento del cadáver.
- Certificado de Inhumación y sepultura.
- Posesión efectiva del legitimario.
- Partidas de nacimiento o copias de cédulas de identidad de los beneficiarios.

**Para gastos médicos o ambulancia a causa de un accidente:**

- Formulario de reclamación
- Facturas originales de gastos incurridos
- Recetas médicas originales, orden original de exámenes o radiografías (solo para gastos médicos)
- Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio (solo para gastos médicos)
- Parte policial si lo hubiera (si es accidente de tránsito)

**CANCELACION DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:**

La terminación de la cobertura de cualquier asegurado se procesará previa solicitud del afiliado titular vía telefónica al Call Center asignado o carta suscrita entregada.

**ACLARACIONES:**

**Inasistencia a la Consulta Médica y a la Consulta Odontológica:**

- El paciente Usuario sólo podrá cancelar una cita para Consulta Médica con anticipación mínima de dos (2) horas a través del "Call Center".
- En caso de que el paciente Usuario no asista a la Consulta Médica concedida mediante el "Call Center", se entenderá como Consulta Médica asistida, para efectos del cálculo de las dos (2) Consultas Médicas a las que tiene derecho por mes.
- Si el paciente Usuario reincide en la no asistencia a la Consulta Médica concedida sin previa cancelación con la antelación debida a través del "Call Center", además del efecto indicado en el punto anterior, por la segunda inasistencia, se cobrará una multa a manera de sanción por su incumplimiento por la suma de USD \$ 2,50; y, por la tercera y siguientes inasistencias se cobrará por dicho concepto la suma de USD \$ 5,00 por cada inasistencia. Esta multa será cobrada por el prestador del servicio al paciente Usuario y/o al Afiliado Titular y/o a cualquier otro miembro del Grupo Familiar Afiliado en la próxima Consulta Médica a la cual asista cualquiera de las personas indicadas.

#### **Inicio de Cobertura:**

- Los Usuarios tendrán cobertura desde el mismo momento de la compra del Programa de PLAN SALUD VITAL.

#### **Los USUARIOS se obligan y comprometen expresamente a lo siguiente:**

- El Afiliado Titular deberá informar oportuna y verazmente los integrantes del Grupo Familiar Afiliado y será el único responsable de la inclusión de sus dependientes según lo previsto en la respectiva Póliza, liberando de toda responsabilidad a la compañía de seguros.
- Los Usuarios se comprometen a dar toda la información veraz y oportuna a la compañía de seguros y a todos los integrantes de la Red de Prestadores de Servicios sobre su estado de salud y demás información que le sea requerida.
- Los Usuarios son los únicos responsables del cuidado de su salud y de cumplir con las indicaciones, recomendaciones y tratamientos médicos que reciban de los Profesionales de la Red y demás integrantes de la Red de Prestadores de Servicios, así como de la administración y uso de las Medicinas Cubiertas.
- Los Usuarios son responsables del pago a los prestadores de los gastos de administración y copagos previstos en el presente Contrato.
- Los Usuarios deberán en todo momento actuar de buena fe, y, reconocen que perderán todos los derechos a las coberturas del Programa PLAN SALUD VITAL en el caso de comprobarse que se ha actuado de mala fe y con retención de información, sin derecho a la devolución de las primas.
- Los Usuarios aceptan y se someten en todas sus partes a la respectiva Póliza y a las condiciones establecidas para la prestación de los Servicios de Salud.
- Los Usuarios reconocen que los Profesionales de la Red tratantes y, en general, todos los integrantes de la Red de Prestadores de Servicios son responsables exclusivos de sus actos, por lo que liberan a la compañía de seguros de toda responsabilidad, ya sea civil o penal o de cualquier otra naturaleza, sin limitación alguna.

#### **GLOSARIO DE TÉRMINOS:**

- **Asegurado:** El asegurado es la persona que es titular del interés asegurable, o sea aquella cuyo patrimonio o persona puedan resultar afectados, directa o indirectamente, por la realización de un siniestro; para esta póliza se considera como asegurado al cliente de Banco Pichincha
- **Beneficiario:** es quien percibe la indemnización en caso de siniestro. El asegurado puede ser distinto del beneficiario. En el caso del pago de la indemnización por la cobertura de muerte accidental de esta póliza, los beneficiarios serán los herederos legales
- **Solicitante:** Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro, sea por cuenta propia o por la de un tercero determinado o determinable, que traslada los riesgos al asegurado. Para esta póliza, actúa como solicitante Banco Pichincha que suscribe la póliza por cuenta de sus clientes quienes trasladarán los riesgos a la aseguradora.
- **Afiliado Titular:** Toda persona natural mayor de dieciocho (18) años que haya adquirido el PLAN SALUD VITAL
- **Grupo Familiar Afiliado:** El /La cónyuge o conviviente legalmente reconocida (según legislación en la materia) del Afiliado Titular; y, sus hijos e hijastros siempre que sean solteros y menores de veinte y tres (23) años de edad, y dependan económicamente del Afiliado Titular. Se entenderá que éstos dependen económicamente del Afiliado Titular cuando mantengan relación de dependencia, vivan en la misma residencia permanente, no trabajen, y que siendo mayores de edad sean estudiantes a tiempo completo.
- **Usuario:** Es el Afiliado Titular o miembro del Grupo Familiar Afiliado.
- **Red de Prestadores de Servicios:** Es la red de prestadores de servicios determinada por SALUDSA para la prestación de los Servicios de Salud del Programa PLAN SALUD VITAL,, contratados mediante el presente Contrato.
- **Red de Farmacias:** Es la red de farmacias determinada por SALUDSA para la provisión de las Medicinas del Vademécum Farmacéutico del Programa PLAN SALUD VITAL, contratados mediante el presente Contrato.
- **Servicios de Salud:** Son los servicios contratados con SALUDSA en este Contrato para brindar las coberturas de Consulta Médica, Consulta Odontológica y Acceso a Descuentos Hospitalarios y Otros, del Programa PLAN SALUD VITAL.
- **Profesional de la Salud:** Toda persona natural legalmente autorizada para el ejercicio profesional de cualquier especialidad del área de la salud.
- **Profesional de la Red:** Es el Profesional de la Salud que forma parte de la Red de Prestadores de Servicios.
- **Consulta:** Es la atención médica ambulatoria a un Usuario brindada por un Profesional de la Red al amparo de este Contrato previa cita otorgada por el “Call Center”.
- **Consulta Médica:** Es la Consulta en medicina general en la cual el Profesional de la Red asignado por SALUDSA evalúa al paciente Usuario para determinar su estado de salud, y realiza las acciones necesarias para su recuperación, de acuerdo a la habitualidad en la práctica médica y que no requieren hospitalización para ser realizadas, sujeta a las condiciones de cobertura previstas en este Contrato.
- **Consulta Odontológica:** Es la Consulta en la cual el Profesional de la Red con especialidad en odontología asignado por SALUDSA evalúa al paciente Usuario para determinar su estado de salud dental, y realiza las acciones necesarias

para su recuperación, de acuerdo a la habitualidad en la práctica médica y que no requieren hospitalización para ser realizadas, sujeta a las condiciones de cobertura previstas en este Contrato.

- **Acceso a Descuentos Hospitalarios y Otros:** Es la opción que tiene el Usuario de acceder a descuentos conferidos por prestadores de servicios de salud a SALUDSA por el hecho de tener tal calidad.
- **Medicinas Cubiertas:** Son los medicamentos genéricos de uso humano que tengan registro sanitario, que estén incluidos en el Vademécum Farmacéutico, siempre que: (a) sean prescritos por un Profesional de la Red para el tratamiento curativo y restablecimiento de la salud del Usuario en una de las dos Consultas Médicas cubiertas por el Programa de PLAN SALUD VITAL, y (b) sean retirados de la Red de Farmacias determinada por SALUDSA para la ejecución del objeto de este Contrato.
- **Vademécum Farmacéutico:** Es el listado de Medicinas elaborado por SALUDSA para las patologías correspondientes al área de medicina general, no excluidas en este Contrato para las Consultas Médicas con cobertura.
- **“Call Center”:** Es el centro de atención de llamadas telefónicas entrantes o salientes de los números telefónicos proporcionados a los Usuarios, destinado para la atención de los Usuarios.
- **Emergencia:** En la cobertura odontológica, se consideran solo casos agudos, para aliviar el dolor agudo comprobado que presente el paciente en el momento de asistir al centro hospitalario, no aplica la cobertura si es parte del plan de tratamiento.
- **Profilaxis:** Es el procedimiento mediante el cual el odontólogo usando una pasta especial, un cepillo profiláctico y un micromotor procede a limpiar la placa bacteriana que se adhiere a la superficie de los dientes.
- **Aplicación de flúor:** Consiste en aplicar flúor, que es una sustancia que fortalece los dientes y ayuda a prevenir las caries.
- **Rayos X periapicales:** Son radiografías individuales de cada diente donde se observa al mismo con su raíz, nervio y hueso adyacente y son muy útiles para confirmar el diagnóstico clínico.
- **Amalgama:** Calza de color plomo de una y hasta cuatro superficies en la pieza dental.
- **Resina:** Calza de color blanca de una y hasta cuatro superficies en la pieza dental.
- **Extracción Simple:** Cuando ya existe una lesión pulpar irreversible con destrucción coronal imposible de reconstruir o reabsorción del hueso alveolar con movilidad dental o por tratamiento de ortodoncia, es necesario realizar una exodoncia o extracción dental simple.
- **Extracción en Remanentes radiculares:** Un remanente radicular es una raíz dentaria que fue dejado en la cavidad bucal, que hay que extraerlo para evitar complicaciones como abscesos o mal aliento.
- **Endodoncia en anteriores:** Retirar el nervio de los dientes anteriores, es decir, los que tienen alguna raíz, siempre que exista pulpa expuesta por caries con dolor, no incluye abscesos con fístula ni pulpa no expuesta, comprobada radiográficamente.
- **Endodoncia en premolares:** Retirar el nervio de los dientes premolares, es decir, los que tienen dos raíces, siempre que exista pulpa expuesta por caries con dolor, no incluye abscesos con fístula ni pulpa no expuesta, comprobada radiográficamente.
- **Endodoncia en molares:** Retirar el nervio de los dientes molares que dependiendo del número de raíces pueden tener varios conductos, siempre que exista pulpa expuesta por caries con dolor, no incluye abscesos con fístula ni pulpa no expuesta, comprobada radiográficamente.
- **Enfermedades Crónicas:** Son aquellas patologías de larga duración (más de 20 días), cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca, y que están detalladas a continuación:

**LISTA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS NO CUBIERTAS**

<b>1. Enfermedad Cardiovascular</b>	Hipertensión Arterial, Cardiopatía Coronaria, Cardiopatía Isquémica, Infarto Agudo de Miocardio, Insuficiencia Cardíaca Crónica, Angina de Pecho
<b>2. Diabetes Mellitus</b>	
<b>3. Cáncer</b>	
<b>4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</b>	Asma severo recurrente- Enfisema
<b>5. Obesidad</b>	IMC > 30
<b>6. Trastornos Tiroideos</b>	Hipotiroidismo, Hipertiroidismo
<b>7. Colitis Ulcerosa</b>	
<b>8. Gastritis Crónica</b>	
<b>9. Enfermedad de Crohn</b>	
<b>10. Enfermedad Celíaca</b>	



11. Enfermedades Metabólicas (con afectación sistémica con insuficiencia de órganos y sentidos)	
12. Síndrome de Inmunosupresión Adquirido	
13. Pancreatitis Crónica	
14. Hepatitis B	
15. Hepatitis C	
16. Hepatitis no clasificadas (que evolucionan a la cronicidad con insuficiencia hepática)	
17. Insuficiencia Hepática Crónica	
18. Insuficiencia Renal Crónica	
19. Neumoconiosis	
20. Insuficiencia Respiratoria Crónica	
21. Anemias Crónicas	Hemolíticas, aplásticas, genéticas
22. Agranulocitosis Crónica	
23. Deficiencias de factores de la coagulación (VII y IX)	
24. Aplasias Medulares Crónicas	
25. Discrasias sanguíneas severas	
26. Sarcoidosis	
27. Enfermedades degenerativas del SNC (Sistema Nervioso Central)	Demencias o déficit de esfera cognitiva irreversible, enfermedades desmielinizantes, esclerosis múltiple, demencia orgánica parkinson
28. Lupus Eritematoso Sistémico	
29. Artritis Reumatoidea	
30. Artrosis	
31. Gastrotomías	
32. Galostomías (u otras ostomías de forma intermitente o permanente)	
33. Organotrasplantados	

**TODA CITA MÉDICA U ODONTOLÓGICA, DEBERÁ SER PREVIAMENTE COORDINADA POR MEDIO DEL CALL CENTER DESIGNADO PARA EL PLAN**

**TELÉFONOS PARA CITAS E INQUIETUDES**



**1700-742-742**  
**023-948-125**  
**072-882-684 (Azuay)**