

## **PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

### **ANEXO DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN**

**PÓLIZA No.**

**ASEGURADO:**

**CONTRATANTE:**

**VIGENCIA DE ESTA CLÁUSULA:**

#### **1. BENEFICIOS:**

La Compañía pagará todos los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado Principal y/o sus dependientes asegurados, ordenados por médicos, como consecuencia de un accidente o enfermedad determinada mediante diagnóstico médico, atendidos dentro o fuera de cualquier clínica u hospital, de acuerdo a la tabla de beneficios estipulada para el efecto, a excepción de aquellos incurridos por las causas o condiciones indicadas en las Exclusiones.

#### **2. ASEGURADOS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES:**

2.1 Dependientes Elegibles: Son elegibles para gozar de la(s) cobertura(s) de asistencia médica por accidente o enfermedad, todos los dependientes del Asegurado principal que haya calificado como elegible, entendiéndose como tales a los siguientes:

- a) Cónyuge (mujer o varón) o compañero(a) permanente, debidamente inscrito(a) en los registros del Contratante, que no hayan cumplido la edad máxima estipulada en las condiciones particulares de la Póliza.
- b) Los hijos solteros del Asegurado Principal, incluyendo los adoptivos e hijastros, desde el primer día de nacidos hasta los dieciocho (18) años de edad. En caso de estudiantes a tiempo completo y solteros, que dependan económicamente del Asegurado Principal, hasta los veintitrés (23) años de edad.

La inscripción de nuevos dependientes requerirá de evidencia de asegurabilidad satisfactoria para la Compañía, en el plazo de treinta (30) días desde la fecha de tal inscripción.

2.2 Dependientes Asegurados: Todo Asegurado Principal elegible para el seguro otorgado por este anexo, deberá llenar y firmar una "Solicitud de Inscripción", durante el período correspondiente, en la que consten todos sus dependientes elegibles que desea asegurar, los que quedarán asegurados, previa entrega del documento, desde el primer día de vigencia de este anexo, bajo las siguientes condiciones:

- a) Los dependientes de los Asegurados Principales activos desde el primer día de vigencia de este anexo.
- b) Los dependientes de los Asegurados Principales no activos desde el primer día de reingreso al trabajo norma del Asegurador Principal.
- c) Los dependientes de los Asegurados Principales nuevos:
  1. A partir del primer día de labores normales del Asegurado Principal ( )
  2. A partir del primer día del mes siguiente de la incorporación ( )
  3. Luego de noventa (90) días de trabajo continuo desde la fecha de ingreso del Asegurado Principal ( )

Si el Asegurado Principal solicita la inscripción de uno o más dependientes después del período respectivo, quedarán asegurados en la fecha en la cual la Compañía haya comunicado la aceptación de la evidencia de asegurabilidad.

#### **3. DEFINICIONES:**

Para los efectos del presente anexo los siguientes términos tendrán el significado que se define a continuación, salvo que del contexto se desprenda lo contrario:

1. Accidente: evento o acción imprevista, fortuita y ocasional originada por fuerza externa e independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales clínicamente comprobadas, de las que pueda sobrevenir la muerte o incapacidad permanente, total o parcial.
2. Alta médica: situación por la cual la persona, una vez finalizado el tratamiento por enfermedad o accidente, puede incorporarse nuevamente a sus ocupaciones habituales o en su defecto queda en estado de invalidez permanente debido a las secuelas incapacitantes de su enfermedad.
3. Ambulancia: medio de transporte que se encuentre debidamente equipado y autorizado para el traslado aéreo o terrestre de personas hacia un centro hospitalario con asistencia médica incluida.
4. Asegurado: toda persona natural o jurídica que ha sido calificada por la Compañía de acuerdo a los términos de este anexo, como titular o dependiente, y que por tanto tiene acceso a las coberturas otorgadas por este anexo.
5. Clínica u Hospital: establecimiento que tenga licencia legal válida otorgada por autoridad competente, que se desempeñe en el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, que tenga servicio médico disponible a toda hora con profesionales en la medicina legalmente titulados, cuente con servicio de enfermería, durante las veinticuatro (24) horas del día, con enfermera(o) titulada(o), que tenga facilidades organizadas para diagnóstico y cirugía, y no sea casa de reposo, ancianato, casa de convalecencia o institución similar.
6. Coaseguro: porcentaje con el que participa el Asegurado para el pago de los Gastos Médicos incurridos, luego de descontarse el deducible establecido para el efecto.
7. Condiciones pre-existentes: condiciones médicas a consecuencia de cualquier enfermedad y/o accidente previo, pasado o en curso, que haya requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o haya sido diagnosticado con anterioridad a la fecha de elegibilidad del Asegurado.
8. Condiciones Generales: aquellas que rigen en la Póliza a la cual se adhiere el presente anexo.
9. Contratante: persona natural o jurídica patrocinante que suscribe la Póliza con la Compañía a nombre de sus empleados o terceros autorizados, a través de la cual el plan es ofrecido, efectivizado y administrado, responsable por el pago de las primas y reporte de inclusiones y exclusiones.
10. Cuarto y alimento diario: cargo necesario. Razonable y acostumbrado en que incurre el Asegurado por concepto de habitación y alimentación, suministrados durante su permanencia por un período no menos a veinticuatro (24) horas en el Hospital o Clínica, por cada día de internamiento, por persona y por incapacidad, hasta el límite de días y valor estipulado en la tabla de beneficios. Este beneficio se reconoce al cien por ciento (100%).
11. Cuidado del Recién nacido: costos del tratamiento médicamente necesario, incluyendo cuidado rutinario, proporcionado al recién nacido de una titular o cónyuge o compañera en unión de hecho del titular. El límite establecido para esta cobertura será el que aparece en la tabla de beneficios y aplica desde el momento del nacimiento y terminará cuando se agote la suma asegurada.
12. Deducible: el Asegurado soportará por su cuenta, en cada evento, el valor del deducible, el mismo que la Compañía descontará del monto de la indemnización.
13. Deducible por año de vigencia: valor de los gastos médicos cubiertos asumidos por el Asegurado por año de vigencia, entendiéndose por tal el año a partir de la vigencia del anexo y así sucesivamente. Este deducible se podrá aplicar tanto para las incapacidades ambulatorias como hospitalarias, o solo para una de ellas, pudiendo ser acumulable durante el período. En la renovación de la Póliza inicia nuevamente el deducible.
14. Deducible por incapacidad: valor de los gastos médicos cubiertos asumidos por el Asegurado, por cada enfermedad, que podrá ser aplicado tanto para incapacidades hospitalarias como ambulatorias, y se restablece una vez que termine el período de incapacidad.
15. Emergencia por Accidente: es el tratamiento necesario a consecuencia de lesiones accidentales suministrado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas inmediatas siguientes al Accidente. Se pagará sin aplicar Deducible ni Coaseguro, hasta el límite

- máximo detallado en la tabla de beneficios definida para este efecto; siempre que no se convierta en un tratamiento hospitalario, en cuyo caso se pagará como cualquier incapacidad.
16. Enfermedad: dolencia o desorden funcional que requiere tratamiento autorizado por un médico.
  17. Enfermedad crónica: considerada por afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta, la cual se considera toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses, esto lo determina el especialista bajo exámenes previos.
  18. 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 enfermo.
  19. Enfermedad infecciosa: proceso patológico común transmisible, causada por virus, bacteria, hongos o parásitos.
  20. Epicrisis: documento médico preparado el momento del Alta médica del paciente, el cual contiene un resumen del estado actual, diagnósticos médicos finales, exámenes realizados, tratamiento y plan posterior al alta.
  21. Examen médico: proceso de control clínico ordenado por un médico para constatar la situación del Asegurado.
  22. Gastos ambulatorios: gastos ocasionados por atenciones médicas que no requieran hospitalización, proporcionadas por un médico a consecuencia de Accidente o Enfermedad determinada mediante diagnóstico médico.
  23. Gastos hospitalarios: gastos ocasionados por atenciones médicas que necesaria y médicamente requieren internación en una Clínica u Hospital por más de veinte y cuatro (24) horas, ordenadas y aprobados por un médico.
  24. Gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados: costos médicos, justos y razonables, hasta el límite cubierto, que no excedan el nivel de otros cargos similares en el establecimiento clínico u hospitalario y en la localidad en que este funcione.
  25. Historia clínica: descripción sistemática de los acontecimientos médicos y Sico-sociales de la vida de un paciente, circunstancias familiares, ambientales y de sus ascendientes que puedan tener relación con su estado de salud.
  26. Honorarios médicos: gastos necesarios, razonables y acostumbrados correspondientes a los servicios profesionales prestados por un médico. En ningún caso dichos honorarios excederán del máximo resultante de aplicar la tabla de honorarios médicos utilizada para este efecto. Para los médicos anestesistas y/o ayudantes, estos últimos reconocidos únicamente cuando participen en cirugías laparoscópicas y de alta complejidad o en procedimientos quirúrgicos, para efectuar el cálculo para el pago de honorarios, se tomará como base que estos no podrán sobrepasar del treinta y cinco (35%) y del treinta (30%) por ciento, respectivamente, con relación al honorario cobrado por el cirujano principal o el valor que determine la tabla de honorarios médicos.
  27. Hospital del día: intervenciones o procedimientos especiales, en los cuales el paciente requiere menos de veinte y cuatro (24) horas en el centro de salud para su recuperación.
  28. Incapacidad: desorden funcional corporal o lesión accidental. Todos los desórdenes corporales que existan simultáneamente y sean debidos a una misma causa serán considerados como una sola incapacidad, al igual que todas las lesiones sufridas en un mismo accidente.
  29. Lesión: alteración de un órgano causada por accidente ocurrido durante la vigencia de este anexo.
  30. Límite máximo vitalicio: es el monto máximo de cobertura al que tiene derecho el Asegurado, por todas las incapacidades, de por vida, por persona, atendidas dentro o fuera del Hospital. Este límite disminuye con relación a cada persona en el monto de los beneficios pagados por la Compañía bajo este anexo. El límite está determinado en la tabla de beneficios emitida para el efecto.
  31. Límite máximo por incapacidad: es el monto máximo de cobertura al que tiene derecho el Asegurado por cada incapacidad, por persona, atendida dentro o fuera del Hospital. El límite está determinado en la tabla de beneficios estipulada para el efecto.
  32. Límite máximo por año de vigencia para todas las incapacidades ambulatorias: es el monto máximo al que tiene derecho el Asegurado, por año de vigencia del anexo, para todas las incapacidades atendidas fuera del Hospital. El límite está determinado en la tabla de beneficios estipulada para el efecto.

33. Maternidad: incluye todos los gastos (prenatales, parto normal, cesárea o aborto no provocado) en los que incurre la titular del anexo, la cónyuge o compañera en unión de hecho del titular, desde el momento de la concepción hasta cuando el niño se encuentre fuera del vientre materno, incluyendo las complicaciones de la madre al momento del parto. Esta cobertura se pagará de acuerdo a lo estipulado en la tabla de beneficios emitida para el efecto. Este beneficio será automático si la categoría del Asegurado es la de titular más familia. Si es un titular más un dependiente o una titular sola, para acceder al beneficio de maternidad deberá solicitar el cambio a la categoría inmediata superior en un plazo no mayor a noventa (90) días de embarazo y se deberá pagar la prima correspondiente en forma retroactiva.
34. Medicinas: fármacos prescritos por un médico, registrados y autorizados por la autoridad gubernamental respectiva para la venta en farmacias.
35. Médico: persona natural legalmente autorizada para ejercer la profesión de la medicina en especialidades reconocidas por la Federación Médica Ecuatoriana.
36. Miembro de la familia: cónyuge o compañero(a) en unión de hecho, padre, madre, hermano(a), hijo(a), nieto(a), tío(a) del Asegurado.
37. Período de acumulación de cuentas: tiempo durante el cual el Asegurado puede acumular los recibos correspondientes a los gastos médicos incurridos por una incapacidad que requiera tratamiento continuo, contado a partir de la fecha en que el Asegurado incurra en el primer gasto médico.
38. Período de incapacidad: tiempo durante el cual el Asegurado incurra en gastos médicos cubiertos a causa de una incapacidad, que se encuentren estipulados en la tabla de beneficios emitida para el efecto, a la fecha del primer gasto cubierto; fecha en la cual se inicia el período de incapacidad el cual finalizará en un tiempo de trescientos sesenta y cinco (365) días. En caso de agotarse el límite máximo por incapacidad antes del término del período de incapacidad correspondiente, este límite se restablecerá automáticamente luego de terminado dicho período. La renovación de la Póliza y/o la modificación de las coberturas no altera el período de incapacidad establecido. Un nuevo período de incapacidad se establecerá con respecto a una misma incapacidad siempre y cuando el período anterior haya finalizado.
39. Período para la presentación de reclamos: para incapacidades de tratamientos NO continuos será el plazo máximo de noventa (90) días contados a partir de la fecha en la que el Asegurado incurra en el primer gasto médico cubierto. Para incapacidades de tratamientos continuos, el plazo será de ciento ochenta (180) días.
40. Segunda opinión médica: revisión médica realizada por parte de un médico asignado por la Compañía para determinar si los gastos a realizarse, ya sean quirúrgicos u hospitalarios, están cubiertos o no, la Compañía se reserva el derecho de utilizar esta segunda opinión médica.
41. Servicios de laboratorio clínico e imagen: análisis de laboratorio e investigación de radiografías y de medicina nuclear, utilizados en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o accidentes. Los servicios de laboratorio clínico e imagen se consideran como parte del tratamiento realizado por especialistas, cuando estos proveen dichos servicios u ordenen el proceso de su ejecución.
42. Tratamiento dental de emergencia a consecuencia de accidente: el necesario para restituir o reemplazar piezas dentales naturales, pérdidas o dañadas en un Accidentes, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de sufrido el Accidente. Este beneficio se pagará como cualquier incapacidad.
43. Trasplante de órganos: costo de trasplantes tales como: de riñón, corazón, hígado, médula ósea o cornea. Este beneficio se pagará como cualquier incapacidad siempre que esté estipulado en y hasta el límite previsto en la tabla de beneficios.
44. Unidad de Cuidados Intensivos: gastos médicos incurridos por el Asegurado por los cargos necesarios, razonables y acostumbrados, suministrados por la clínica u hospital por concepto de cama, equipos, instalaciones, alimentación y demás servicios de hospital durante su permanencia en el área de cuidados intensivos, por cada día de internación, por persona, por incapacidad, hasta el límite de días y valor estipulado en la tabla de beneficios estipulada para el efecto.

#### **4. EXCLUSIONES:**

La Compañía no es responsable por los gastos incurridos debido a:

1. Los costos por tratamientos efectuados dentro de los primeros ciento veinte (120) días posteriores a la fecha de inicio de la cobertura de este anexo, a excepción de los gastos por accidentes o enfermedades infecciosas según se define en este anexo.
2. Lesiones o enfermedades resultantes de: catástrofes, desastres naturales, guerra declarada o no, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquier de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, cuarentena dispuesta por cualquier autoridad público o local o por orden del gobierno o autoridad, o cualquier arma o instrumento que emplee fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, provocada directa e indirectamente, ya sea en tiempo de paz o de guerra. Esta exclusión no resultará afectada por cualquier anexo que no haga alusión específica a la misma, en parte o en todo.
3. Condiciones pre-existentes, salvo que se estipule lo contrario.
4. Servicio de ambulancia, sea terrestre, aérea o marítima.
5. Curas de reposo, enfermedades nerviosas, psiquiátricas, psicológicas y/o trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje.
6. Exámenes médicos de rutina (incluyendo vacunas y emisión de certificados médicos).
7. Tratamientos dentales incluyendo dientes postizos, coronas, implantes y puentes, tratamientos de ortodoncia y endodoncia, salvo aquellos a consecuencia de accidente.
8. Prótesis, aparatos correctivos o médicos, que no sean quirúrgicamente necesarios.
9. Cirugía estética para fines de embellecimiento, cirugía capilar, cirugía para adelgazar, cirugía plástica o reconstructiva por cualquier causa, salvo casos de operaciones reconstructivas necesarias como consecuencia de accidente ocurrido durante la vigencia del presente anexo.
10. Uso de drogas y/o estupefacientes, alcoholismo, abuso no accidental de medicamentos, intento de suicidio, autolesión.
11. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
12. Gastos que no correspondan al tratamiento según el diagnóstico.
13. Alquiler y/o compra de aparatos de aire acondicionado, purificadores, equipos motorizados para transporte, escaleras mecánicas, ayudas acústicas (ambiente), piscinas o unidades de calefacción.
14. Esterilizaciones (ambos sexos).
15. Todo tratamiento experimental no reconocido por la medicina, salvo autorización expresa de la Compañía.

## **5. TERMINACIÓN DEL SEGURO:**

La cobertura del Asegurado Principal y dependientes bajo este anexo terminará automáticamente en la fecha que se produzca cualquier de las situaciones siguientes:

- a) Si deja de ser elegible como Asegurado Principal de este anexo.
- b) Si se termina la vigencia de este anexo.
- c) Si no se encuentran pagadas las primas respectivas.
- d) Si se solicita la exclusión de uno o más dependientes.
- e) Si ha alcanzado el límite de edad señalado en las condiciones particulares de la Póliza.

## **6. PAGO DE BENEFICIOS:**

Terminado el tratamiento por la incapacidad del Asegurado Principal, a través del Contratante, deberá presentar a la Compañía la solicitud de beneficios a que tenga derecho, de acuerdo a lo establecido en el presente anexo, adjuntando todos los comprobantes originales de las cuentas pagadas y de las órdenes médicas.

**ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A.**  
Av. Eloy Alfaro N40-270 y José Queri  
Quito – Ecuador  
Teléfonos + 593 989800, 1800 222 000  
[www.zurichseguros.com.ec](http://www.zurichseguros.com.ec)



La presentación de tal formulario deberá hacerse dentro de los treinta (30) días posteriores al término del tratamiento motivo de la reclamación. El hecho de no presentarse el reclamo dentro del plazo establecido no invalidará los derechos, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible hacerlo.

Recibido el formulario de reclamación y previa comprobación de los derechos, los beneficios estipulados en el presente anexo serán pagados al Asegurado Principal a través del Contratante. En caso de muerte del Asegurado Principal, cualquier beneficio pendiente de pago se lo efectuará directamente al médico tratante o a la Clínica u Hospital. El pago debidamente comprobado, exonera a la Compañía de toda reclamación por parte de los beneficiarios del Asegurado Principal fallecido.

En testimonio de lo cual ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A. extiende este anexo,

Lugar y fecha:

---

**EL ASEGURADO**

---

**LA COMPAÑÍA**

El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

**NOTA: La presente cláusula fue aprobada por la Superintendencia de Bancos y Seguros con resolución SBS-INSP-2007-180 de 30 de mayo de 2007, bajo el número de registro 28646.**