

CONTRATO DE ASISTENCIA MÉDICA PLAN



Comparecen a la celebración del presente Contrato de Servicios de Asistencia Médica, Plan ASISTENCIA24, por una parte, **AAUG ASISTENCIA MUNDIAL DEL ECUADOR S.A.**, debidamente representada por su Gerente General, que en adelante se denominará la Compañía o la Empresa, y por otra parte, **EL CONTRATANTE O TITULAR**, quienes convienen en celebrar el presente Contrato, en forma libre y voluntaria, de conformidad a las cláusulas que se detallan a continuación:

CONDICIONES GENERALES

PRIMERA.- ANTECEDENTES:

AAUG ASISTENCIA MUNDIAL DEL ECUADOR S.A., es una Compañía legalmente constituida y domiciliada en la República del Ecuador, cuyo objeto social es entre otros la prestación de servicios, la administración y distribución de sistemas de Asistencia Médica a través del Mecanismo de Medicina Prepagada en el territorio nacional y a nivel mundial.

El Contratante está interesado en contratar el servicio de Asistencia Médica ofrecida por AAUG, con pleno conocimiento de los servicios, beneficios y condiciones del sistema y Plan elegido.

SEGUNDA.- DEFINICIONES GENERALES

PAÍS DE RESIDENCIA: Significa el país de residencia permanente del beneficiario. Para efecto del presente producto el País de Residencia del beneficiario debe ser Ecuador.

MONEDA: Todos los pagos relacionados con este Contrato serán en dólares de los Estados Unidos de América.

CONTRATANTE O TITULAR: Persona natural o jurídica que celebra el presente Contrato para afiliar usuarios-beneficiarios dependientes que tienen acceso a las prestaciones y beneficios de los productos de Asistencia Médica.

DEPENDIENTE: El cónyuge, la cónyuge o unión de hecho del titular, según legislación en la materia. Así mismo, sus hijos e hijastros solteros y menores de veinte y tres (23) años, siempre y cuando dependan económicamente de sus padres, tengan la misma residencia permanente y no trabajen.

USUARIOS O BENEFICIARIOS: Persona natural contratante o dependiente que tiene calidad de afiliado en virtud de este Contrato y que por lo tanto tiene acceso a las prestaciones y beneficios de los Servicios Médicos ofrecidos por AAUG, incluidos en las Condiciones Particulares y de acuerdo a la Tabla de Beneficios del Plan de Asistencia Médica contratado.

RED DE HOSPITALES Y MÉDICOS DEL PLAN: Grupo de proveedores incluyendo médicos y hospitales que han sido contratados por la Compañía para prestar servicios médicos a los beneficiarios.

LIBRE ELECCIÓN: Alternativa para acceder a atención médica con prestadores médicos de preferencia de los beneficiarios. Tratamientos médicos fuera de la red y gastos por hospitalización no preaprobados por la Compañía son considerados en la modalidad Libre Elección.

DEDUCIBLE: Valor establecido en las condiciones particulares de este Contrato, cantidad a deducir antes de que los beneficios de este Contrato sean pagados o autorizados y que por lo tanto corren por cuenta del usuario. El deducible es por evento ambulatorio y hospitalario con un límite máximo por año fijado en la Tabla de Beneficios

COPAGO: AAUG, reconocerá de los gastos médicos con derecho a bonificación sólo por el porcentaje indicado en la Tabla de Beneficios para cada tipo de prestación, una vez aplicado el deducible.

PERIODO DE CARENCIA: Lapso de tiempo fijado por la Empresa, para acceder a los servicios médicos que corre desde la fecha de inicio del Contrato, hasta el tiempo establecido.

LÍMITE MÁXIMO: Es el monto máximo a que el beneficiario tiene derecho de reembolso por concepto de gastos incurridos y cubiertos bajo el Plan contratado. Puede aplicarse por persona, por año, por evento o por patología de acuerdo a la Tabla de Beneficios aplicable.

TARIFA MÁXIMA APLICABLE: Es la tabla de valores máximos reconocidos por la Compañía por concepto de honorarios y servicios médicos. La tarifa máxima se aplica de acuerdo a lo indicado en el Plan y a la Tabla de Beneficios.

GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Se definen como la menor de: A) el costo usual del proveedor por prestar un tratamiento o servicio ó B) el costo determinado por la Compañía, el cual se fijaría basándose en las tarifas que aplican otros proveedores del mismo tratamiento o servicio.

MÉDICOS O DOCTORES: El término "médicos" o "doctores" significara una persona licenciada para ejercer la medicina, mientras actúa dentro de los límites de su profesión.

HOSPITAL: Cualquier institución que está legalmente licenciada en el país, como un hospital médico o quirúrgico donde enfermedades de naturaleza aguda así como emergencias pueden ser tratadas y no constituyen un balneario, hidroclínica, sanatorio, centro de rehabilitación, centro de convalecencia o asilo de ancianos.

ENFERMEDAD: Patología cuyos síntomas se manifiestan por primera vez dentro de la vigencia del Contrato.

ACCIDENTE: Daño corporal que sufre el usuario, causado por agentes extraños, fuera de control, externos y violentos, así como que la lesión o dolencia resultante que se provocó directamente por tales agentes y en forma independiente de cualquier otra causa.

LESIÓN: Daño físico causado por un accidente que ocurre después que el Contrato está vigente.

EMERGENCIA VITAL: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona; y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud a fin de conservar y prevenir consecuencias críticas presentes y futuras del beneficiario.

GASTOS AMBULATORIOS: Son todos aquellos gastos médicos incurridos sin necesidad de hospitalización.

SERVICIOS DE LABORATORIO Y RAYOS X: Estos servicios deben ser ordenados por un médico licenciado.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso de un beneficiario como paciente en un hospital para tratamiento por no menos de veinticuatro (24) horas continuas.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: Tratamientos médicos necesarios ordenados por un médico y proporcionados al beneficiario, que ha ingresado como paciente en un hospital.

GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN: Son aquellos gastos incurridos, mientras que el beneficiario esta hospitalizado. Incluye los gastos por cuarto y alimentación, honorarios profesionales, laboratorio, medicamentos e insumos.

MEDICAMENTOS: Son medicamentos recetados por el médico, excluyendo remedios alternativos como homeopáticos, bioenergéticos, naturistas, etc.

MATERNIDAD: Son los gastos incurridos desde la concepción hasta el parto. Requiere la afiliación bajo un plan familiar. No serán cubiertos los gastos por maternidades en curso en el momento del inicio del contrato o certificado. La cobertura de Maternidad es aplicable únicamente para la titular o cónyuge.

CONDICIONES PRE-EXISTENTES: Es cualquier condición médica, consecuencia de una enfermedad o lesión previa, que ha requerido hospitalización, tratamiento médico, recetas médicas, ingestión, o que ha sido diagnosticada o que hubiera causado a una persona prudente obtener consejo médico con anterioridad al primer día efectivo de este Contrato, en relación a cada beneficiario. La Compañía se reserva el derecho de otorgar protección a personas que se consideran gozar de buena salud. Las preexistencias no declaradas o la información engañosa a la Compañía con respecto a la historia personal del beneficiario, pudiera resultar en el rechazo de la solicitud del beneficio, el rechazo a un reembolso, la cancelación de este Contrato, o todo lo anterior.

TERCERA.- OBJETO

CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS: Previo la firma del Contrato, el pago de la cuota que en cada caso el CONTRATANTE, debe cancelar, según lo establecido en el Certificado de Asistencia Médica, y la aceptación de los beneficiarios por parte de AAUG; la Empresa, asume la responsabilidad del pago de la prestación de los servicios médicos de acuerdo a la tarifa máxima contratada, en el marco de las condiciones, términos y exclusiones del presente Contrato, bajo dos modalidades:

1.- A través de pagos de las atenciones médicas de los beneficiarios en la Red de Hospitales y Médicos determinada por la Empresa para el Plan contratado.

2.- O si el servicio requerido es por libre elección, el usuario podrá hacer uso del mismo de acuerdo a su necesidad, debiendo tramitar el reembolso respectivo en el período establecido, con la presentación de los documentos de respaldo requeridos.

ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO: Este Contrato es emitido considerando la información contenida en la solicitud, la declaración de salud y el pago de las cuotas. El Certificado de Asistencia Médica, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Tabla de Beneficios, la Solicitud Principal de Asistencia Médica, la Declaración de Salud y cualquier Rectificación o Anexo adjunto, constituyen y forman parte integrante de este Contrato.

INICIO DEL CONTRATO: Los beneficios del Contrato son efectivos una vez que la solicitud haya sido revisada y aceptada, el Contrato emitido, y la cuota pagada a la Compañía de acuerdo a la forma de pago especificada.

PLAZO Y RENOVACIÓN: Este Contrato tiene vigencia de un año y comienza a las 00h00 en la fecha efectiva mostrada en el Certificado y termina, a las 24h00 del día de la fecha de aniversario, se entenderá renovado automáticamente a menos de que una de las partes manifieste su voluntad de darlo por terminado por comunicación escrita al menos con treinta (30) días de anticipación; siempre y cuando el Contrato se encuentre al día en sus pagos.

ELEGIBILIDAD: Este Contrato puede ser emitido únicamente a Titulares y dependientes con residencia permanente en la República del Ecuador menores de sesenta y cinco (65) años en la fecha de suscripción; en caso de Planes Corporativos deben mantener una relación laboral fija con el Contratante; deben estar incluidos en el Contrato no menos del 80% de las personas elegibles.

INICIO DE BENEFICIOS: Los beneficios serán reconocidos de acuerdo a los tiempos de carencia establecidos en las condiciones particulares siempre contando desde la fecha de inicio efectivo del Contrato.

PAGO DE CUOTAS: Las cuotas son mensuales y deberán ser pagadas por anticipado antes del décimo día hábil del periodo. El retraso en el pago de la cuota mensual establecida, producirá automáticamente la suspensión de servicios médicos y por ende todos los derechos que el contrato otorgue al contratante y/o beneficiario.

AJUSTE DE TARIFAS: La Compañía podrá ajustar las tarifas de este Contrato de acuerdo a los cambios de costos en materia de salud en el país, por la excesiva o mala utilización de los servicios por parte de los beneficiarios, por la siniestralidad del Contrato o por la edad de los usuarios.

INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS: Una vez entregada la solicitud de inclusión y declaración de salud, la Compañía emite un nuevo certificado de Asistencia Médica actualizado para ese Contrato sujeto a la aceptación y elegibilidad del solicitante. El nuevo beneficiario goza de los beneficios del Contrato a partir de la fecha indicada en el anexo y sujeto a las limitaciones y periodos de carencia estipulados.

BENEFICIOS PARA HIJO RECIÉN NACIDO SANO: El recién nacido sano, dependiente de padres beneficiarios de un Plan familiar, esta automáticamente cubierto por treinta (30) días después de su nacimiento. Dentro de este plazo se debe llenar una solicitud y declaración de salud y pagar las cuotas correspondientes. Este beneficio esta sujeto a los límites máximos establecidos en el Plan Padre o Madre Titular.

EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS: El contratante debe solicitar la exclusión de un beneficiario por escrito, en una comunicación o en el formato de la Empresa para el efecto. La exclusión se hace efectiva en la fecha indicada en el documento de respaldo. En caso de la terminación de la relación laboral el Contratante debe reportar la exclusión de forma inmediata.

DECLARACIONES EN LA SOLICITUD: La solicitud es parte de este Contrato. El Contrato es emitido sobre la base de que las respuestas a todas las preguntas fueron correctas y completas. El contratante debe indicar por escrito dentro de los diez (10) días siguientes luego de haber recibido el Contrato, si alguna información mostrada es incorrecta o incompleta. Cualquier omisión o declaración incorrecta puede causar la anulación del Contrato o la negación de un reclamo.

DECLARACIÓN DE SALUD: Es la certificación del estado de salud del contratante y/o sus dependientes, en la misma que debe constar toda enfermedad o proceso patológico.

TERMINACIÓN: Por ambas partes con treinta (30) días de anticipación a la fecha del vencimiento en caso del Contrato. En caso de incumplimiento del convenio ambas partes pueden rescindir el Contrato en cualquier momento por escrito con efecto inmediato.

CUARTA.- PRESTACIONES Y BENEFICIOS MÉDICOS AMPARADOS

Las prestaciones y beneficios médicos amparados por AAUG, ASISTENCIA MUNDIAL DEL ECUADOR S.A., bajo el Mecanismo de Medicina Prepagada, a causa de enfermedad o accidente a favor del CONTRATANTE y de los Dependientes, son las necesarias, razonables y acostumbradas para el restablecimiento de la salud, tanto en eventos ambulatorios como hospitalarios de acuerdo a las condiciones, términos, límites y carencias del Plan contratado que se especifican en las Condiciones Particulares y Tabla de Beneficios, parte integrante del Contrato.

QUINTA.- EXCLUSIONES

1. Cualquier tratamiento, gasto o servicio, ajeno a lo médicamente necesario y acostumbrado, referido al cuadro clínico, como se define para este Contrato.
2. Cualquier reclamo relacionado a transplante de órganos, así como; los costos de elementos de implante tales como: marcapasos, by-pass, córneas, válvulas, catéteres, stens, etc.
3. Reclamaciones y costos por tratamiento médico incurrido después de la fecha de vencimiento del Contrato.
4. Cualquier costo derivado de pruebas diagnósticas, chequeos o procesos de rutina, cirugía o tratamiento para la impotencia, fertilización o esterilización masculina o femenina, inseminación artificial, estudios genéticos o climaterio.
5. Cualquier costo derivado de pruebas diagnósticas, chequeos o procesos de rutina, cirugía o tratamiento estético relacionado con obesidad, delgadez, alopecia y liposucción; cirugía plástica con excepción de cirugía reconstructiva después de un accidente protegido, tratamientos dentales con excepción de tratamientos reconstructivos después de un accidente.
6. Cualquier tratamiento pendiente al momento de iniciarse el Contrato. Incluye gastos relacionados con aborto provocado, sus complicaciones y secuelas; así como también maternidades en curso.
7. Gastos por compras, modificación, arreglo y reconstrucción de prótesis, y órtesis de todo tipo, artículos de ortopedia, audífonos, lentes de contacto, anteojos, férulas, muletas, nebulizadores y cualquier otro medio mecánico de apoyo terapéutico. Así mismo, la adquisición de sangre, plasma,

sus derivados y su búsqueda. Asimismo quedan excluidas las intervenciones quirúrgicas para colocación de ortopedia, salvo en caso que la intervención sea a consecuencia de lesiones por accidente.

8. Cualquier condición preexistente conocida o no, declarada o no por el beneficiario es decir condición médica, que existía en la fecha de inicio de este contrato, igualmente defecto físico, enfermedad crónica, congénita. Esta exclusión permanecerá en efecto hasta que el beneficiario haya estado continuamente beneficiado bajo este plan por cuatro (4) años consecutivos.
9. Afecciones, enfermedades o lesiones resultantes de la práctica de todo deporte a título profesional, remunerado, en competición o en entrenamientos preparatorios, así como los que se originen por una práctica habitual de deportes extremos considerados como de alto riesgo.
10. Afecciones, enfermedades o lesiones resultantes de intento de suicidio causadas intencionalmente por el usuario a sí mismo.
11. Afecciones, enfermedades o lesiones resultantes de actos calificados como faltas a la ley o delitos.
12. Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por ingestión o administración intencional de tóxicos(drogas), narcóticos, bebidas alcohólicas; o por la utilización de medicamentos, sin orden médica.
13. Tratamientos y/o suministros y/o equipos y/o métodos y/o exámenes que no sean científicos o médicamente reconocidos tales como: tratamientos homeopáticos, acupuntura, quinesioterapia, curas termales, podología, etc.
14. Tratamientos psicoterapéuticos, tratamientos de alcoholismo o drogadicción, procedimientos o ayudas suplementarias, proporcionados para superar estados de: estrés, depresivos, psicológicos. Todo tipo de enfermedad mental.
15. Tratamientos de enfermedades crónicas, degenerativas o malignas en su fase terminal.
16. Tratamientos relacionados con el SIDA, o sus complicaciones o similares.
17. Afecciones, enfermedades o lesiones venéreas.
18. La Compañía no será responsable por afecciones, enfermedades, lesiones, tratamientos o cirugías por ninguna consecuencia, ya sea directa o indirecta, próxima o remotamente ocasionada por, contribuido a, ni conectada a, como resultado ó en conexión con:
 - Los fenómenos de la naturaleza tales como inundaciones, terremotos, desprendimientos, corrimientos de tierra, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, y en general cualquier fenómeno atmosférico, meteorológico, sísmico o geológico.
 - Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
 - Enfermedades declaradas como epidémicas o circunstancias tales de salud pública que determine declaración oficial de estado de emergencia.
 - Guerra u operaciones guerreras declarada o no, invasión, acto de hostilidad de enemigo extranjero, o guerra civil.
 - Cualquier acto de personas actuando a favor de, o en conexión con, cualquier organización en actividades dirigidas hacia el derrocamiento por fuerza de un gobierno establecido, o influencia con terrorismo o violencia.
 - Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.
 - Motín, disturbios, huelga, actos de sabotaje, huelga, sublevación militar o civil, insurrección, actos de vandalismo, rebelión, revolución, golpe militar o usurpación de poder.
 - Ley Marcial provocada por estado de sitio.
 - Dificultades en los medios de comunicación o cualquier otro hecho que no ha podido preverse o que previsto no ha logrado evitarse y que como consecuencia el usuario no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones especificadas en éste Contrato.

Cuando se produzcan hechos de esta índole, AAUG Asistencia Mundial del Ecuador S. A se compromete a dar cumplimiento a la prestación después de haber cesado los mismos.

SEXTA.- REEMBOLSOS

PAGO DE RECLAMACIONES: La Compañía reembolsará al beneficiario los valores cubiertos bajo este Contrato y efectivamente canceladas a los proveedores médicos una vez entregados todos los documentos necesarios. Aplicando el deducible y copago respectivo y basándose en las tarifas máximas aplicables que se estipulan en las condiciones particulares de cada Plan.

PLAZOS.- Las solicitudes de reembolso deben ser enviadas a la Compañía por escrito, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del último gasto efectuado. La Empresa atenderá la solicitud de reembolso en un plazo no mayor a los diez (10) días laborables.

PRUEBA DE RECLAMACIÓN: La falta de presentación de pruebas para una reclamación dentro de este plazo puede invalidar la reclamación. Las facturas y recibos legales originales detallados y toda documentación médica necesaria deben acompañar al formulario de solicitud de reembolso de la Compañía. Las tasas de cambio de moneda usadas para pagos que no sean en dólares de los EE.UU. se harán de acuerdo con las tasas de cambio oficiales en la fecha del gasto efectuado por el beneficiario.

SÉPTIMA.- PROVISIONES

AUTORIDAD: Ningún agente, corredor u otra persona, tiene autoridad para cambiar el Contrato. Ningún cambio será válido a menos que esté aprobado por escrito por la Compañía y dicha aprobación sea endosada.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: Cuando exista otro seguro, medicina prepagada o cualquier instrumento que provee beneficios y ampara riesgos también cubiertos por este Contrato, todas las reclamaciones deben ser hechas previamente contra la otra protección.

SUBROGACIÓN: En caso de que el beneficiario incurra en gastos médicos como resultado de negligencia, acto indebido u otra razón causada por otra persona, esa persona será responsable del pago de los gastos médicos. La Compañía tiene el derecho a recuperar y ser reembolsada por cualquier pago que se haya hecho por el tratamiento al beneficiario.

RESPONSABILIDAD: AAUG Asistencia Mundial del Ecuador S. A. no será responsable y no indemnizará al usuario por cualquier daño, perjuicio, lesión, o enfermedad causada por haberle brindado al beneficiario y a su solicitud, personas o profesionales para que lo asistan médica, farmacéutica, o legalmente. AAUG Asistencia Mundial del Ecuador S. A. cancela únicamente servicios cuando le son solicitados y prestados al usuario, sin cargo en las circunstancias previstas.

EXÁMENES FÍSICOS: La Compañía, asumiendo los costos, tendrá el derecho y oportunidad de solicitar el examen médico a cualquier beneficiario cuya dolencia o enfermedad es la base de una reclamación. La Compañía tendrá el derecho y oportunidad de requerir autopsia en caso de muerte. El usuario autoriza desde ya a AAUG Asistencia Mundial del Ecuador S. A. cuando así lo requiera a acceder a todos los reportes y archivos médicos, historial médico total y completo. Si su médico u hospital se negaran a facilitar todos los reportes médicos y archivos disponibles, pudieran causar que una reclamación válida sea negada.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: Puede darse cuando un médico calificado recomienda que el beneficiario reciba procedimiento hospitalario, no de emergencia. La Compañía podrá obtener una segunda opinión médica. En caso de que la segunda opinión no sea afirmativa, la Compañía podrá solicitar una tercera opinión. Si la segunda o tercera opinión confirma la necesidad de cirugía, la Compañía pagará los beneficios de acuerdo a la Tabla de Beneficios contratada.

OCTAVA.- DISPOSICIONES GENERALES

- La debida observación y cumplimiento de los términos, condiciones y limitaciones de este Contrato en cuanto a su relación con el beneficiario y la certeza de las declaraciones y respuestas en la solicitud serán condiciones precedentes a cualquier responsabilidad de la Compañía para pagos bajo este Contrato.
- Si alguna reclamación bajo este Contrato resultara en alguna forma fraudulenta o si medios o mecanismos fraudulentos son usados por el beneficiario o alguien actuando a su favor bajo este Contrato, todos los beneficios serán nulos. Si algún proveedor de servicios médicos previos rehusara proveer los archivos médicos del beneficiario, los beneficios bajo este Contrato que pudieren guardar relación con dichos documentos requeridos, no serán brindados.
- Ni la Compañía ni ninguno de sus agentes, son responsables de la disponibilidad, resultado, o calidad de atención médica, tratamiento o transporte, ni por la falta del beneficiario de recibir tratamiento médico.
- El representante legal del beneficiario tendrá los derechos de actuar por él, sí es que está incapacitado o fallecido.
- En caso de que la Compañía cancele o en alguna forma invalide este Contrato debido a que el beneficiario no proporcione la información necesaria para completar el historial médico anterior o condiciones preexistentes, la Compañía se reserva el derecho a recuperar del beneficiario todos los costos y honorarios incurridos razonablemente en la investigación de estos asuntos no declarados. La recuperación puede ser lograda en cualquier forma legal, incluyendo deducción de costos y honorarios de cuotas pagaderas al beneficiario.
- Toda acción derivada de la relación que se constituye entre el beneficiario y AAUG Asistencia Mundial del Ecuador S.A. prescribirá a los noventa (90) días consecutivos de la ocurrencia del hecho que la origina.

NOVENA.- LEGISLACIÓN

CONCILIACIÓN: En caso de controversias relacionadas con este Contrato las partes se someten a los artículos 17 y 18 de la ley de Medicina Prepagada, para resolver, con jurisdicción en el país de residencia de la Compañía.

ARBITRAJE: Cualquier desacuerdo entre el beneficiario y la Compañía, con relación a la interpretación o aplicación del presente Contrato y/o sus anexos, deberá ser resuelto por árbitros de un Tribunal de Arbitraje de la Cámara de Comercio de Quito.