

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

ANEXO DE ASISTENCIA MÉDICA

PÓLIZA No.: 8904 - Q

CONTRATANTE: ASOCIACION DE FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS DEL SERVICIO EXTERIOR ECUATORIANO AFESE

ASEGURADO: ASOCIACION DE FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS DEL SERVICIO EXTERIOR ECUATORIANO AFESE

VIGENCIA DE ESTE ANEXO: 01/01/2021 – 01/01/2022

LIBERTY SEGUROS S.A. acuerda que las estipulaciones y condiciones contenidas en este anexo forman parte de la póliza de seguro colectivo de vida señalada más arriba.

CLÁUSULA NO. 1: BENEFICIOS.-

La Compañía pagará los gastos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos por los Asegurados a causa de una enfermedad o un accidente, de acuerdo a los términos y condiciones de este anexo, y sujeto a los costos normales y de conformidad al mercado.

El término "Asegurado" que se emplea en este anexo, se refiere a:

- a) El titular que esté asegurado bajo los términos y condiciones de este anexo, y/o;
- b) Los dependientes de dichos titulares que sean elegibles bajo los términos y condiciones de este anexo.

CLÁUSULA NO. 2: GASTOS CUBIERTOS.-

El término "gastos cubiertos" que se emplea en este anexo, se refiere a los gastos incurridos por un Asegurado debido a una enfermedad o accidente que no estén indicados en la cláusula de exclusiones.

Los gastos cubiertos incluirán aquellos incurridos por:

- a) Cuarto, alimentación (incluyendo dietas especiales) y cuidados normales de enfermería, en un hospital legalmente establecido, hasta el máximo establecido en las condiciones particulares;
- b) Alquiler de sillas de ruedas, pulmón de acero y otros equipos, aparatos y dispositivos médicos, siempre que un médico certifique que tal alquiler es



Liberty
Seguros

necesario para el tratamiento respectivo. En ningún caso estarán cubiertos el alquiler o compra de aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire, equipos motorizados de transporte, escaleras mecánicas y ascensores, ayudas acústicas, piscinas o unidades de calefacción;

- c) Honorarios del médico por cirugía y tratamiento, ayudantes y anestesista.
- d) Atención pre hospitalaria que incluya transporte terrestre, aéreo o fluvial, legalmente autorizado, al que se pueda acceder dentro y del país de acuerdo lo establecido en condiciones particulares.
- e) Atención en casos de urgencia y emergencia médicas, así como el procedimiento de emergencia ambulatorio, hospitalario o médico quirúrgico, incluyendo todo el equipamiento hospitalario, insumos médicos y medicamentos necesarios hasta los montos contratados aplicando deducibles y coaseguros.
- f) Atención de enfermedades preexistentes de mutuo acuerdo entre las partes.
- g) Servicios de salud para personas con discapacidad, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la ley de la materia.
- h) Medicinas en cualquier farmacia autorizada por la autoridad competente, cuyo costo será cubierto total o parcialmente por las vías de pago directo o el reembolso, de acuerdo a lo establecido en condiciones particulares, siempre que aquellos hayan sido recetados por un prescriptor.
- i) Prestaciones de prevención de la enfermedad sea esta primaria, secundaria y terciaria de acuerdo a lo establecido por la Autoridad Sanitaria Nacional y en los términos previstos en las estipulaciones de este anexo.

CLÁUSULA NO. 3: ENFERMEDAD PREEXISTENTE.-

Se considerará como preexistente cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario.

El monto máximo de cobertura anual se aplicará para todas las enfermedades preexistentes declaradas por el usuario, beneficiario, afiliado dependiente o asegurado del contrato y será de libre acuerdo entre las partes.

CLÁUSULA NO. 4: PERIODO DE INCAPACIDAD Y RESTITUCIÓN DE MÁXIMO POR INCAPACIDAD.-

Se define como período de incapacidad el tiempo transcurrido desde que el afiliado presenta gastos médicos cubiertos a causa de una incapacidad (enfermedad determinada mediante diagnóstico médico, accidente). Este período inicia a la fecha del primer gasto incurrido cubierto por LIBERTY SEGUROS S.A. y finaliza pasado 365 días del mismo.



Liberty
Seguros

La modificación de las coberturas no altera el período de incapacidad ya establecido. Un nuevo período de incapacidad se establecerá con respecto a una misma incapacidad cuando el período anterior haya finalizado.

En enfermedades de ciclo corto (patologías agudas auto limitadas, que su sintomatología y tratamiento no se prolongan más allá de 3 semanas) se abrirá otra incapacidad a los 90 días aplicando el deducible correspondiente con un nuevo máximo.

La suma máxima asegurada se restituirá automáticamente luego de transcurridos los 365 días de incapacidad o en la renovación del contrato. Lo que ocurra primero.

CLÁUSULA NO. 5: EXCLUSIONES.-

Se excluyen de los beneficios de este anexo, los gastos y costos de tales servicios cuando ellos sean o estén relacionados con, originados por, o a causa de:

- a) Los gastos por cualquier enfermedad, incurridos con anterioridad a la fecha de elegibilidad del Asegurado. Sin embargo esta exclusión no será aplicable después de que haya estado asegurado durante tres (3) meses continuos sin incurrir en gastos por dicha enfermedad;
- b) Cirugía estética para fines de embellecimiento y cirugía plástica u ortopédica para condiciones pre-existentes;
- c) Enfermedades mentales; psicológicas, nerviosas y estrés.
- d) Curas de reposo o gastos que se incurran en un sanatorio
- e) Gastos derivados de accidentes y/o enfermedades por estar bajo efectos de drogas, estupefacientes, alcohol, y lesiones debidas a locura, estado de demencia o voluntariamente causadas a sí mismo, incluso las resultantes por intento de suicidio.
- f) Hospitalización y gastos que de ella se deriven y que tengan por objeto principal el diagnóstico (chequeo); Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con la incapacidad.
- g) Exámenes dentales, extracciones, calzas, amalgamas, empastes, gingivitis, alveolitis, enfermedad periodontales, tratamientos de ortodoncia, profilaxis, cuidados dentales en general y/o estomatología, salvo que sea a consecuencia de un accidente;
- h) Tratamientos oftalmológicos por defectos de refracción como miopía, astigmatismo, presbicia, queratocono, así como la compra de anteojos, cristales, laserterapia para defectos visuales y eximer laser;
- i) Lesiones o enfermedades como consecuencia de la aplicación de Rayos X, radioterapia, radium e isótopos;
- j) Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y epidemias declaradas por el Ministerio de Salud Pública;
- k) Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de:
 - Guerra (sea ésta declarada o no), revoluciones, conmoción civil, las provenientes del servicio militar, energía atómica y catástrofes;
 - Motín, huelga y acto delictuoso;



- Riñas
- Desastres Naturales.
- Terremotos, Inundación.
- l) Todo lo relacionado a embarazo y maternidad;
- m) Compra de aparatos ortopédicos, medicinas vendidas por médicos, medicinas alternativas, vitaminas, suplementos nutricionales, sedantes, neuroléptico, antidepresivos, tranquilizantes, jabones, protectores solares, cremas humectantes no medicadas y productos cosméticos.
- n) Tratamientos capilares y dermatológicos con fines cosméticos, acné y los que se realicen en centros de cosmetología y belleza.
- o) Inmunizaciones profilácticas y vacunas en general.
- p) Tratamientos por condiciones fisiológicas normales así como menopausia, climaterio, Hipoposterogenismo y/o complicaciones.
- q) Sobrepeso, talla corta, y/o tratamiento y/o suplementos hormonales.
- r) Delgadez y diagnósticos relacionados a la misma.
- s) Tratamiento para esterilidad, esterilización, infertilidad e impotencia.
- t) Lesiones a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte, o participación en competencias oficiales.
- u) Tratamiento no aceptado por la ciencia o por la medicina incluyendo, acupuntura, bioenergética celular y homeopatía.
- v) Tratamientos en vías de experimentación.
- w) Crio preservación e implantación de células vivas.
- x) Honorarios médicos facturados por un miembro de la familia del asegurado y auto prescripción de medicinas.
- y) Tratamiento de rehabilitación por alcoholismo, y/o drogadicción.
- z) Transportes que no sean prestados por servicios de ambulancia terrestre/aérea/fluvial debida y legalmente autorizados como tales.
- aa) Trastornos del sueño.
- bb) Medicinas reconstituyentes, vitaminas y complementos proteicos, excepto para casos de diagnóstico de anemia carencial.
- cc) Compra, alquiler, adaptación de equipos o aparatos médicos para la medición, monitoreo, infusión de medicamentos, soporte de funciones vitales para uso persona así como los insumos y suministros necesarios para su utilización y funcionamiento.
- dd) Enfermera privada dentro o fuera del hospital.
- ee) Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios.

CLÁUSULA NO. 6: TITULARES ELEGIBLES.-

Son elegibles todos los titulares vinculados permanentemente con el Contratante, que no hayan cumplido la edad máxima estipulada en las condiciones particulares.

Los titulares elegibles bajo este anexo son los siguientes:

- a) Todo titular activo al momento de la emisión de este anexo, será elegible en el período de inscripción fijado por el Contratante de mutuo acuerdo con la Compañía.
- b) Todo titular incorporado con posterioridad será elegible dentro de los primeros tres (3) meses de vinculación con el contratante.



Liberty
Seguros

- c) Todo titular que no esté activo en la fecha de vigencia de este anexo, será elegible dentro del primer (1) mes siguiente a la fecha de su incorporación.

En caso de que estos plazos no se cumplan el titular deberá esperar a un nuevo período de inscripción, mismo que será establecido de mutuo acuerdo entre las partes.

CLÁUSULA NO. 7: TITULARES ASEGURADOS.-

Cada titular elegible para el seguro bajo este anexo, deberá llenar una solicitud y "tarjeta de inscripción" para poder participar en el plan contratado y quedará asegurado bajo las siguientes condiciones:

- a) Si se trata de un titular comprendido en el inciso a) de la cláusula sexta, en la fecha de vigencia de este anexo.
- b) Si se trata de un titular comprendido en el inciso b) de la cláusula sexta, en el primer (1º) día del cuarto (4to) mes de vinculación con el Contratante.
- c) Si se trata de un titular comprendido en el inciso c) de la cláusula sexta, en el primer (1º) día del mes siguiente de su reincorporación.

Todo titular que no haya ingresado al plan cuando fue elegible o que habiéndolo hecho se haya retirado del mismo, no podrá solicitar su ingreso o reingreso hasta que, a pedido del Contratante y de acuerdo con la Compañía se fije un nuevo período de inscripción y previa aprobación por la Compañía de evidencia de asegurabilidad.

CLÁUSULA NO. 8: DEPENDIENTES ELEGIBLES.-

Son elegibles todos los dependientes del titular.

El término "dependientes" que se emplea en este anexo, se refiere a:

a) Esposo (a) legítima o compañera (o) permanente del titular debidamente inscrita en los registros del Contratante, que viva en el domicilio de éste y que no haya cumplido la edad máxima estipulada en las condiciones particulares.

b) Hijos solteros, desde el primer día de nacidos y menores de dieciocho (18) años de edad; en caso de estudiantes hasta los veintitrés (23) años de edad; que vivan en el hogar del titular o ausentes por motivos de estudios y sean económicamente dependientes de éste; debidamente inscritos en los registros del Contratante.

Se entiende por persona económicamente dependiente quien no haya estado afiliado al seguro social, ni nunca haya obtenido un registro único de contribuyente



Liberty
Seguros

c) Cobertura sin límite de edad para dependientes con capacidades especiales, siempre que se encuentre debidamente certificado por la Institución Pública correspondiente con el porcentaje de discapacidad estipulado en el Reglamento de la Ley de Discapacidades, hasta 20 salarios mínimos de cobertura para los gastos relacionados con esta discapacidad. No se otorgará cobertura a gastos que no estén relacionados con la discapacidad en dependientes mayores a 25 años.

Los dependientes serán elegibles bajo este anexo, en cualquiera de las fechas siguientes:

- a) En la fecha en que el titular es elegible;
- b) En la fecha en que el titular por primera vez adquiera dicho dependiente.

CLÁUSULA NO. 9: DEPENDIENTES ASEGURADOS.-

Cada titular deberá llenar la solicitud o "tarjeta de inscripción", declarando a la totalidad de sus dependientes elegibles para el seguro bajo este anexo, para que puedan participar en el plan y dichos dependientes quedarán asegurados bajo las siguientes condiciones:

- a) Si el titular tiene uno o más dependientes en la fecha de vigencia de este anexo, sus dependientes elegibles quedarán asegurados, después de que la Compañía reciba la solicitud de inscripción, en la fecha de vigencia de este anexo;
- b) Si el titular es elegible después de la fecha de vigencia de este anexo, sus dependientes elegibles quedarán asegurados después de que la Compañía reciba y acepte la solicitud de inscripción, desde la fecha de solicitud de la inclusión;
- c) Si el titular adquiere uno o más dependientes después de la fecha de vigencia de este anexo, dichos dependientes elegibles quedarán asegurados, después de que la Compañía reciba y acepte a dicho dependiente. Dichos dependientes quedarán asegurados desde la fecha de solicitud de inclusión previa aceptación de la Compañía. Si el titular tiene o adquiere uno o más dependientes, solicita la inscripción de sus dependientes después del período de treinta (30) días posteriores a la fecha en que lleguen a ser elegibles, deberá presentar evidencia de asegurabilidad satisfactoria para la Compañía. Después de ser aceptada por la Compañía la evidencia de asegurabilidad, dichos dependientes quedarán asegurados Desde la fecha de solicitud de inclusión previa aceptación de la Compañía.
Se entiende como evidencia de asegurabilidad satisfactoria un documento que avale el parentesco por consanguinidad o afinidad o relación del dependiente con el titular;



Liberty
Seguros

- d) Podrán ser asegurables previo acuerdo entre las partes los dependientes hasta cuarto grado de consanguinidad y tercero de afinidad.

Todo titular que voluntariamente retire a sus dependientes del plan, no podrá solicitar su reingreso hasta que, a pedido del Contratante y de acuerdo con la Compañía, se fije un nuevo período de inscripción y previa aprobación por la Compañía, de evidencia de asegurabilidad de cada dependiente.

CLÁUSULA NO. 10: MONTO DE INDEMNIZACIONES.-

El monto de las indemnizaciones ascenderá tanto en hospitales como fuera de éste, hasta el límite establecido en las condiciones particulares.

CLÁUSULA NO. 11: DEDUCIBLE.-

El término "deducible" que se emplea en este anexo, se refiere a la cantidad de gastos que serán cubiertos, por cuenta del Asegurado, por cada período de incapacidad, cuyo monto se lo indicará en las condiciones particulares.

CLÁUSULA NO. 12: COORDINACION DE BENEFICIOS.-

En caso de haber otras pólizas que proporcionen los beneficios cubiertos, el Asegurado podrá pedir a cada compañía la indemnización proporcional al respectivo contrato, hasta por los montos contratados. Las sumas cobradas en conjunto no pueden superar al monto de los gastos ocasionados.

CLÁUSULA NO. 13: PRIMAS.-

Las primas mensuales que deberá pagar el Contratante por este anexo serán las que se indican en las condiciones particulares con respecto a cada titular y según el número de dependientes.

CLÁUSULA NO. 14: NOTIFICACION DE SINIESTROS.-

Período de presentación de reclamos es de 90 días, considerando la fecha de ocurrencia de cada atención médica. Pasada la fecha quedan extemporáneos para efecto del reembolso. En caso de que LIBERTY SEGUROS S.A devuelva parcial o totalmente algún reclamo por falta de los respectivos soportes o no esté completo y el



Liberty
Seguros

período de presentación de reclamos esté por finalizar, el usuario tendrá 45 días a partir de la fecha de la devolución para presentarlo, caso contrario culminado este plazo el reclamo será considerado extemporáneo.

CLÁUSULA NO. 15: DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO.-

Además del formulario de reclamación debidamente llenado, el Asegurado o beneficiario debe presentar a la Compañía los siguientes documentos, en original o copia certificada ante notario público:

- Ordenes de exámenes médicos. (Pedido médico)
- Exámenes médicos
- Historia clínica
- Detalle completo de medicinas e insumos utilizados
- Resultados de los exámenes médicos solicitados
- Facturas por las consultas
- Recetas médicas
- Facturas por los exámenes médicos
- Facturas por medicinas

CLÁUSULA NO. 16: PAGO DE BENEFICIOS.-

Una vez terminado el tratamiento por la lesión o enfermedad, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la solicitud para los beneficios a que tenga derecho conforme a lo establecido en el presente anexo y dentro de los siguientes 90 días. A este efecto el Contratante y/o la Compañía suministrarán los formularios necesarios a los que el Asegurado deberá adjuntar todos los comprobantes originales de las cuentas pagadas.

La presentación del formulario deberá hacerse dentro de los noventa (90) días después de la fecha de terminación del tratamiento o enfermedad, causa del reclamo. Si el tratamiento no ha concluido, después de finalizado el contrato, el formulario deberá presentarse máximo en un plazo de treinta (30) días posteriores a la finalización del contrato.

Al recibo del formulario del Asegurado debidamente llenado y previa comprobación de sus derechos, los beneficios estipulados en este anexo, serán pagaderos al Asegurado, a menos que la Compañía considere preferible hacerlo en otra forma.

En caso de muerte del Asegurado, cualquier beneficio pendiente que no haya sido pagado, será cancelado directamente al médico u hospital, a menos que la Compañía considere preferible hacerlo en otra forma.



Liberty
Seguros

La notificación de no cobertura de siniestro al asegurado o intermediario autorizado por parte de LIBERTY SEGUROS S.A. será en un plazo de CINCO (5) días hábiles contados a partir de la recepción de la documentación completa.

CLÁUSULA NO. 17: TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL DEL TITULAR ASEGURADO.-

El seguro de cualquier titular asegurado bajo este anexo y consecuentemente de sus dependientes, terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Si se desvincula del Contratante.
- b) Si se termina la vigencia de este anexo.
- c) Si deja de efectuar cualquier contribución requerida.
- d) Si cumple el límite de edad.
- e) Cancelación anticipada por falta de pago.

Ningún pago será efectuado bajo el presente anexo por gastos incurridos después de la terminación del seguro, a menos que el titular asegurado se halle hospitalizado en dicha fecha, en este caso el titular asegurado disfrutará de los beneficios hasta la primera de las siguientes dos fechas:

- 1) La de su salida del hospital;
- 2) La del pago del beneficio máximo a que tenga derecho.

CLÁUSULA NO. 18: TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL DEL DEPENDIENTE.-

El seguro de un dependiente bajo este anexo, terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Si se termina el seguro del titular asegurado.
- b) Si cesa de ser elegible como dependiente;
- c) Si se termina la vigencia de este anexo.
- d) Si el titular asegurado deja de efectuar cualquier contribución requerida.
- e) Si cumple el límite de edad.

Ningún pago será efectuado bajo el presente anexo por gastos incurridos después de la terminación del seguro, a menos que el dependiente se halle hospitalizado en dicha fecha, en este caso el dependiente disfrutará de los beneficios hasta la primera de las siguientes dos fechas:

- a. La de su salida del hospital;
- b. La del pago del beneficio máximo a que tenga derecho.



Liberty
Seguros

CLÁUSULA NO. 19: TERMINACION DE ESTE ANEXO.-

Este anexo terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Aviso por escrito del Contratante, comunicando su decisión de no continuar con el seguro.
- b) Aviso por escrito de la Compañía, con no menos de treinta (30) días de anticipación, indicando la rescisión del contrato.
- c) Al momento en que los titulares asegurados bajo este anexo sean menos del número señalado en las condiciones particulares.

CLÁUSULA NO. 20: MEDIACIÓN Y ARBITRAJE.-

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre el Contratante, Asegurado y/o beneficiarios y la Compañía con relación a este seguro, tal disputa o diferencia, antes de acudir a los jueces competentes, se someterá a arbitraje, con arreglo a lo dispuesto en la Ley de Arbitraje y Mediación.

Los árbitros deberán, no obstante, el arbitraje será en derecho. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes. El arbitraje será confidencial.

En testimonio de lo cual LIBERTY SEGUROS S.A., extiende el presente anexo a los 01 días del mes de diciembre del 2020.


EL CONTRATANTE


LA COMPAÑÍA
LIBERTY SEGUROS S.A.

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