

ANEXO DE RENOVACIÓN
CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA 8904
RAMO: VIDA Y ASISTENCIA MÉDICA

Lugar y fecha: Quito, 01 de diciembre de 2020

VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

Desde: 01-ENERO -2021 00:00 Horas Hasta: 01-ENERO -2022 00:00 Horas

VIGENCIA DEL ANEXO:

Desde: 01-ENERO -2021 00:00 Horas Hasta: 01-ENERO -2022 00:00 Horas

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

Dirección: VICENTE RAMON ROCA 951 Y ULPIANO PAEZ

OBJETO DEL ANEXO

Este anexo tendrá aplicación para modificar exclusivamente las condiciones particulares de la póliza a la cual se anexa, en los siguientes términos:

Se deja constancia mediante el presente anexo, que efectivo el 01 de diciembre de 2020 se procede a emitir la renovación de la póliza con las coberturas de vida (muerte por cualquier causa, muerte y/o desmembración accidental, incapacidad total y permanente) asistencia médica con las condiciones negociadas que a continuación se detalla:

LA COMPAÑÍA



EL ASEGURADO



FIRMA AUTORIZADA

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con resolución No. 85-321-S del 21 de octubre de 1985

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE VIDA Y ASISTENCIA MÉDICA

Tabla de Beneficios Vida y	Clase 1 - 2 - 3	Clase 4 Jubilados Desde 71 Años Hasta 86 cumplidos	Clase 5 Jubilados Desde 86 Hasta Los 91 cumplidos
Muerte por cualquier causa	\$10.000	\$10.000	\$5.000
Muerte y/o desmembración accidental	\$10.000	\$10.000	\$0
Incapacidad total y permanente	\$10.000	\$10.000	\$0
Anticipo Enfermedades Graves	\$5.000	\$5.000	\$1.500
Tasa neta por mil por mes por persona (%)	2,04	2,04	2,04
Prima neta por mes por persona	\$20,40	\$20,40	\$10,20

Tabla de Beneficios Asistencia Médica	Clase 1 - 2 - 3	Clase 4 Jubilados Desde 71 Años Hasta 86 cumplidos	Clase 5 Jubilados Desde 86 Hasta Los 91 cumplidos
Límite Máximo por Incapacidad	\$50.000	\$10.000	\$5.000
Límite Preexistencias declaradas	\$50.000	\$10.000	\$5.000
Límite Copago Vigencia póliza por todas las incapacidades.	\$30.000	No aplica	No aplica
Tipo de cobertura	Local	Local	Local
Deducible Anual Ambulatorio, aplica un deducible por cada miembro asegurado de la familia	\$325	\$325	\$325
Deducible Anual Hospitalario, aplica un deducible por cada miembro asegurado de la familia	\$400	\$300	\$300
Tabla de honorarios médicos Quito y resto del país	Metropolitano	Metropolitano	Metropolitano
Tabla de honorarios médicos para Guayaquil y Cuenca	Metropolitano +25%	Metropolitano +25%	Metropolitano +25%
Periodo de presentación de reclamos	90 días	90 días	90 días
Periodo de acumulación de cuentas (aplica para enfermedades crónicas, bajo un mismo diagnóstico o incapacidad con tratamiento de uso continuo)	180 días	180 días	180 días
Periodos de Carencia			
Maternidad	60 días	60 días	60 días
Para grupos nuevos con experiencia, se aceptarán todas las enfermedades preexistentes.	Sin periodo de carencia	Sin periodo de carencia	Sin periodo de carencia
Para grupos nuevos sin experiencia, el beneficio de enfermedades preexistentes tendrá un periodo de carencia	3 meses	3 meses	3 meses

h

Para grupos nuevos sin experiencia, enfermedades (no preexistentes) antes de la contratación y/o declaración de asegurabilidad.	Sin período de carencia con excepción de maternidad	Sin período de carencia con excepción de maternidad	Sin período de carencia con excepción de maternidad
Condiciones de Enfermedades Preexistentes y Congénitas			
Cobertura para todas las enfermedades preexistentes, para nuevas inclusiones y asegurados que ingresaron desde el inicio de la vigencia	Límite Máximo por Incapacidad	Límite Máximo por Incapacidad	Límite Máximo por Incapacidad
Cobertura para las enfermedades preexistentes, que hayan sido conocidas y diagnosticadas posterior a la contratación del seguro, sea para nuevas inclusiones y asegurados que ingresaron desde el inicio de la vigencia	Límite Máximo por Incapacidad	Límite Máximo por Incapacidad	Límite Máximo por Incapacidad
Servicios con proveedor externo incluido en la tarifa			
Sepelio para titular y Dependientes	Servicio Exequial (Jardines del Valle)	Servicio Exequial (Jardines del Valle)	Servicio Exequial (Jardines del Valle)
Médico a Domicilio	Doce (12) Consultas vigencia	Doce (12) Consultas vigencia	Doce (12) Consultas vigencia
Emergencia en el exterior para el Titular	Plan Viajero (hasta \$10000)	Plan Viajero (hasta \$10000)	Plan Viajero (hasta \$10000)
Atención Hospitalaria			
Red Liberty Preferente (Cuadro Direccionado) aplica bajo crédito.	80%	80%	80%
Hospital de los Valles, Clínica Pasteur, Axxis	80%	80%	80%
Red Liberty aplica bajo crédito.	70%	70%	70%
Cirugías de alta complejidad en Hospital Metropolitano (Limitadas a listadas a continuación: Neurocirugía, Trauma Facial Óseo, Traumatismos de Cuello, Malformaciones Vasculares, Tumores de Mama, Mediastino, Pulmón, Abdominales, Ovario y Útero, Trasplantes, Aneurismas, Coartaciones de Aorta, Trauma Vascular Mayor, Trauma Óseo de Huesos Largos, Cistectomía Total, Prostatectomía Abdominal, Cirugías Cardíacas)	80%	80%	80%
Hospital Metropolitano	70%	70%	70%
Reembolso hospitalario libre elección	70%	70%	70%
Unidad de cuidados intensivos sin límite de días con aplicación de deducible	80%	80%	80%
Cuarto y alimento diario, sin límite de días al 100% sin aplicación de deducible hasta:	\$250	\$210	\$210
Cama acompañante y alimentación diaria en hospitalizaciones, para niños menores de 16 años de edad y adultos mayores de 75 años de edad (de aplicar el caso), al 100% hasta	\$60	\$60	\$60
Cobertura de cirugías robóticas: alquiler y uso de equipo al 80% hasta el monto establecido en cuadro y honorarios médicos conforme a la tabla de honorarios médicos contratada en el plan.	\$2.000	\$2.000	\$2.000
Trasplante de Órganos no experimentales y gastos del donante, hasta la suma máxima asegurada. No se cubre la compra de órganos. El valor bonificado por este beneficio se descontará del monto máximo por enfermedad. No se cubre la compra de órganos. El valor bonificado por este beneficio se descontará del monto máximo por enfermedad.	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad



La cobertura del Queratocono requiere pre-autorización y en el lugar que Liberty Seguros indique, incluye atenciones ambulatorias dentro de red las cuales no requieren pre-autorización.	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Excímer laser a partir de las 5,0 dioptrías donde Liberty especifique. solo incluye evento quirúrgico.	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Atención Pre Hospitalaria			
Ambulancia terrestre por emergencia medicamente justificada al 100% sin aplicación de deducible hasta:	\$500	\$500	\$500
Ambulancia fluvial por emergencia medicamente justificada al 100% sin aplicación de deducible hasta:	\$500	\$500	\$500
Ambulancia aérea por emergencia medicamente justificada al 100% sin aplicación de deducible hasta:	\$2.500	\$2.500	\$2.500
Atención Ambulatoria			
Cobertura Red Ambulatoria Liberty aplica bajo crédito.	80%	80%	80%
Reembolso ambulatorio libre elección	70%	70%	70%
Valor de consulta Quito y resto del país	\$65	\$65	\$65
Valor de consulta Guayaquil y Cuenca	\$81	\$81	\$81
Crédito y Reembolso medicinas pagando el copago 10% con red de farmacias Liberty a nivel nacional (No aplica deducible)	Dos Farmacias Cruz Azul, Pharmacys, Medimed.	Dos Farmacias Cruz Azul, Pharmacys, Medimed.	Dos Farmacias Cruz Azul, Pharmacys, Medimed.
Crédito medicinas pagando el copago 20% con red de farmacias Liberty a nivel nacional (No aplica deducible)	Fybeca, Sana Sana	Fybeca, Sana Sana,	Fybeca, Sana Sana,
Beneficios de Maternidad			
Cobertura al sin aplicación de deducible	100%	100%	100%
Parto Normal	\$5.000,00	No Aplica	No Aplica
Cesárea	\$5.000,00	No Aplica	No Aplica
Aborto Legal	\$5.000,00	No Aplica	No Aplica
Beneficios Adicionales:			
Emergencia por accidente para gastos hospitalarios y ambulatorios al 100% y sin deducible, hasta montos detallados en cuadro, el excedente de acuerdo a red hasta Suma Máxima Asegurada con aplicación de deducible y copago	\$1.000	\$1.000	\$1.000
Paptest por control para titulares y cónyuges sin límite al 100%, sin aplicación de deducible hasta el monto establecido en el Cuadro de Seguro. En caso de existir diagnóstico se pagará como cualquier incapacidad como parte del tratamiento. No se cubre chequeos masivos. (Chequeos Masivos: Se entiende como chequeos masivos un número mayor de 5 atenciones en el mismo proveedor médico en un lapso menor a un mes.)	\$50	\$50	\$50
Antígeno prostático por control para titular y cónyuge mayores de 40 años, sin límite al 100% sin aplicación de deducible, hasta el monto establecido en el Cuadro de Seguro. En caso de existir diagnóstico se pagará como cualquier incapacidad como parte del tratamiento. No se cubre chequeos masivos. (Chequeos Masivos: Se entiende como chequeos masivos un número mayor de 5 atenciones en el mismo proveedor médico en un lapso menor a un mes.)	\$80	\$80	\$80

h



Mamografía por control para titular y cónyuge mayores de 40 años, sin límite, al 100% sin aplicación de deducible, hasta el monto establecido en el Cuadro de Seguro. En caso de existir diagnóstico se pagará como cualquier incapacidad como parte del tratamiento. No se cubre chequeos masivos. (Chequeos Masivos: Se entiende como chequeos masivos un número mayor de 5 atenciones en el mismo proveedor médico en un lapso menor a un mes.)	\$50	\$50	\$50
Cobertura de Cristales ópticos, una vez al año (vigencia póliza), al 100% sin aplicación de deducible, para titulares hasta el monto establecido en el Cuadro de Seguro. No se cubre adquisiciones masivas. (Chequeos Masivos: Se entiende como chequeos masivos un número mayor de 5 atenciones en el mismo proveedor médico en un lapso menor a un mes.)	\$60	\$60	\$100
Cobertura de audifonos, una vez al año para cada oído (vigencia póliza), al 100% sin aplicación de deducible, para titulares hasta el monto establecido en la tabla de Bonificaciones Máximas. No se cubre adquisiciones masivas. (Chequeos Masivos: Se entiende como chequeos masivos un número mayor de 5 atenciones en el mismo proveedor médico en un lapso menor a un mes.)	\$500	\$500	\$500
Extracción de terceros molares impactadas o incrustadas para titulares y dependientes al 80% sin deducible, por molar hasta (Requisito indispensable la presentación de la radiografía panorámica antes de la extracción quirúrgica para proceder con el reembolso.)	\$200	\$200	\$200
Leche medicada al 80% con aplicación de deducible como cualquier incapacidad hasta el monto máximo contratado hasta los 15 años siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrita.	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Cobertura de anticonceptivos temporales hasta al 100% con aplicación de deducible previa presentación de pedido médico.	\$10 anuales	\$10 anuales	\$10 anuales
Ligaduras y vasectomías para titulares y cónyuges al 100% sin aplicación de deducible.	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Cobertura de Prótesis funcional no dental siempre que su utilización se encuentre justificada y no sea para condiciones preexistentes, para titulares y dependiente hasta:	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Cobertura de prótesis funcional no dental siempre que su utilización se encuentre justificada para condiciones preexistentes, para titulares y dependiente.	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Cobertura para Equipos Médicos duraderos, siempre y cuando sean médicamente necesarios por condición médica y factores de riesgo de salud documentados y sustentados por el Médico tratante. No aplica reemplazo de Equipo Médico duradero. Sin aplicación de deducible al 100%, hasta	\$500	\$500	\$500
Alquiler de muletas y sillas de ruedas, como cualquier incapacidad al 80% , siempre y cuando sean parte del tratamiento de un diagnóstico cubierto, para titulares y dependientes siempre y cuando sea con receta médica una vez por vigencia hasta :	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Zapatos o plantillas ortopédicas dos pares al año, siempre y cuando sean parte del tratamiento de un diagnóstico cubierto, como cualquier incapacidad al 100% sin aplicación de deducible para titulares y dependientes.	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Adquisición y/o alquiler de aparatos ortopédicos, sin aplicación de deducible al 100%, siempre y cuando sean parte del tratamiento de un diagnóstico cubierto, para titulares y dependientes hasta.	\$500 por evento	\$500 por evento	\$500 por evento
Alquiler de cualquier equipo o dispositivo médico para monitoreo e infusión de medicamentos, y los suministros necesarios para su utilización o funcionamiento al 80% con aplicación de deducible hasta:	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad





Cuidados paliativos en caso de que el diagnóstico así lo amerite y sea solicitado por el médico tratante al 80% con aplicación de deducible hasta:	\$200 por diagnóstico.	\$200 por diagnóstico.	\$200 por diagnóstico.
Emergencia al 100% por condiciones de salud que sean consecuencia de acciones y/o enfermedades por uso de drogas, estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia incluso resultantes por intento de suicidio hasta:	Como Cualquier Incapacidad hasta el 50% de la suma asegurada principal.	Como Cualquier Incapacidad hasta el 50% de la suma asegurada principal.	Como Cualquier Incapacidad hasta el 50% de la suma asegurada principal.
Medias elásticas siempre y cuando sean parte de un tratamiento de una incapacidad vascular, una vez al año, sin aplicación de deducible al 100% como cualquier incapacidad, para titulares y dependientes.	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Cobertura de Sida y sus consecuencias, para titulares y dependientes.	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Terapias: Limite de 20 terapias de acuerdo a cada enfermedad. En caso de requerir más terapias se evaluará el caso con auditoría médica previa presentación de certificado y pedido del médico tratante e informe de evolución hasta:	\$35,00 cada una	\$35,00 cada una	\$35,00 cada una
Cobertura de medicina homeopática, medicina natural, acupuntura y bioenergética, como cualquier incapacidad, siempre y cuando las realicen médicos y las medicinas tengan registro sanitario, para titulares y dependientes hasta:	4 consultas o tratamientos mensuales	4 consultas o tratamientos mensuales	4 consultas o tratamientos mensuales
Se cubre vitaminas propias para el embarazo (calcio y hierro).	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Vitaminas y alérgenos siempre y cuando sean para el tratamiento de una enfermedad, para titulares y dependientes.	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Tratamientos dentales, previa la presentación de RX, solamente por accidente ocurrido en la vigencia de la póliza(Hasta 48 horas inmediatas después del accidente)	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Cobertura de septo plastia funcional, previa la presentación de RX nasales y tomografía.	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Se cubre el acné nodular, inflamatorio, y sus manifestaciones, que causen alteraciones infecciosas de la piel como cualquier incapacidad. No incluye medicamentos no medicados o estéticos y cosmetológicos.	Aplica	Aplica	Aplica
Controles de niño sano, se cubrirá las consultas médicas al 80% sin deducible, hasta el tope de consulta del plan; incluye cobertura para vacunas al 80% sin deducible y prescritas por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo a la siguiente tabla. <ul style="list-style-type: none"> · 1 consulta mensual durante el primer año. · 1 consulta trimestral hasta el tercer año · 1 consulta semestral hasta el sexto año. 	80%	80%	80%
Cobertura de enfermedades profesionales y/o accidentes de trabajo para el titular de la póliza.	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
Cobertura de fórmulas alimenticias medicadas al 80% con aplicación de deducible anuales, siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrita.	hasta \$100	hasta \$100	hasta \$100





Cobertura tarifa cero de acuerdo a la tabla de tarifa cero en prestador designado por Liberty Seguros:	Aplica	Aplica	Aplica
Beneficios Especiales			
Cobertura por gastos de obesidad (cirugía bariátrica) o gastos por desnutrición, (suplementos o complementos alimenticios y nutricionales) y cualquier otro procedimiento o tratamiento, o cualquier otro trastorno alimenticio, siempre y cuando el asegurado presente factores de riesgo que complican su estado de salud, sin aplicación de deducible al 100%, hasta:	\$2.000	\$2.000	\$2.000
Cobertura de pruebas de sensibilidad, tratamientos con antialérgicos, tratamientos inmunológicos en general, siempre y cuando hayan sido prescritas por profesional calificado en base a guías clínicas o protocolos aprobados. Una vez durante la vigencia de la póliza, sin aplicación de deducible al 100%, hasta:	\$300	\$300	\$300
Cobertura de tratamientos psicológicos, via reembolso, sin aplicación de deducible, al 100%, hasta:	5 consultas durante la vigencia de la póliza	5 consultas durante la vigencia de la póliza	5 consultas durante la vigencia de la póliza
Cobertura para atención de Enfermedades Psiquiátricas de base orgánica. Sin aplicación de deducible al 100%, hasta:	6 consultas durante la vigencia de la póliza + medicación	6 consultas durante la vigencia de la póliza + medicación	6 consultas durante la vigencia de la póliza + medicación
Exención de pago de primas por fallecimiento del titular:	Aplica	Aplica	Aplica
Dispensario médico acorde a condiciones actuales Fee de 10 y Fee de 5 para terapias de rehabilitación	Aplica	Aplica	Aplica
Cobertura de Gastos Médicos residentes, Enfermera y Material de uso Menor. Manta Térmica dentro de la hospitalización, cobertura como gastos de hospital, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada Red, hasta:	Suma Máxima Asegurada	Suma Máxima Asegurada	Suma Máxima Asegurada
Cobertura para mantenimiento de signos vitales, en sistemas del cuerpo en estado letal, una vez durante la vigencia de la póliza, sin aplicación de deducible al 100%, hasta:	\$1.000	\$1.000	\$1.000
Cobertura para la atención médica necesaria de condiciones de salud que sean consecuencia de accidentes y/o enfermedades por uso de drogas, estupefacientes, embriaguez y alcoholismo, con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada red, hasta:	Suma Máxima Asegurada	Suma Máxima Asegurada	Suma Máxima Asegurada
Cobertura para gastos de complicaciones médicas a consecuencia de una cirugía estética. Esta cobertura está limitada a estabilizar la condición médica del asegurado, pero no contempla la cobertura de cirugía estética posterior, o gastos hospitalarios o ambulatorios posterior a su estabilización, una vez durante la vigencia de la póliza, sin aplicación de deducible al 100%, hasta:	\$500	\$500	\$500
Cobertura para atención médica suministrada en el hogar, siempre que sea médicamente necesaria en patologías crónicas y catastróficas y que por su condición médica el paciente no pueda ser movilizado, previa coordinación con la Compañía, una vez durante la vigencia de la póliza, sin aplicación de deducible al 100%, hasta:	\$1.000, con tope por visita de \$50	\$1.000, con tope por visita de \$50	\$1.000, con tope por visita de \$50
Cobertura cuando el asegurado se encuentre en cuidado de custodia, con ocasión de senilidad o deterioro cerebral, entre otras causas, siempre y cuando se encuentre en tratamiento médico y no por cuidado personal o cuando el tratamiento ambulatorio se derive de la hospitalización. Una vez durante la vigencia de la póliza, sin aplicación de deducible al 100%, hasta:	\$500	\$500	\$500

h



Cobertura para tratamiento de cuidados y curas de reposo, sueño o de convalecencia en caso de rehabilitación incluyendo tratamiento médico y estadía. Una vez durante la vigencia de la póliza, sin aplicación de deducible, al 100%, hasta:	\$500	\$500	\$500
Cobertura de gastos prenatales para titulares y dependientes cónyuges, siempre y cuando el embarazo se produzca dentro del periodo de carencia o en caso de que la titular o dependiente cónyuge ingrese a la póliza con embarazo en curso. Para que el beneficio aplique debe contratar la categoría inmediata superior, desde la fecha de ingreso a la póliza, sin aplicación de deducible al 100%, hasta:	\$500	No aplica	No aplica
Cobertura de gastos de sepelio para titulares (cobertura de gastos exclusivos de funeral y sepelio, no incluye lápida), sin aplicación de deducible al 100%, hasta:(siempre y cuando no se utilice el servicio exequial)	\$1.500	\$1.500	\$1.500
Cobertura de gastos de sepelio para dependientes (cobertura de gastos exclusivos de funeral y sepelio, no incluye lápida), sin aplicación de deducible al 100%, hasta:(siempre y cuando no se utilice el servicio exequial)	\$2.000	\$2.000	\$2.000
Cobertura para el tratamiento de la andropausia y menopausia no se cubre remplazo de hormonas sin aplicación de deducible al 80% hasta:	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad	Como Cualquier Incapacidad
kit de aseo en la cobertura de gastos médicos residentes y materiales de uso menor de acuerdo a costos acostumbrados con aplicación de deducible y coaseguro de acuerdo a cada red	Aplica	Aplica	Aplica
Se mantendrá continuidad de cobertura para preexistencias para los reingresos cuando se encuentren en actividades diplomáticas fuera del país.	Aplica	Aplica	Aplica
Se otorgará cobertura sin limite de edad tanto para ingreso como permanencia para hijos con condiciones de discapacidad previo a presentación del carnet de discapacidad del Ministerio Salud.	Aplica	Aplica	Aplica
En caso de fallecimiento del titular de AFESE el conyugue pasará a ser titular.	Aplica	Aplica	Aplica
Cobertura especial para Collahuaso Banchon Genesis Victoria hijo de Collahuaso Torres Edgar Wladimir y el niño Escandon Molina Pablo Sebastian hijo de Escandon Alvarez Teodoro al 100% sin aplicación de deducible de Pediasure	Suma Máxima Asegurada	No Aplica	No Aplica
Cobertura en Life&Hope sin aplicación de deducible Consulta médica ambulatoria con médicos de L&H Fee de \$10 dólares lo derivado de la consulta médica ambulatoria a prestadores de red será medicinas 10% y exámenes 20% En este tipo de atención ambulatoria deben pagar Fee y copago de respectivo prestador. Administración de medicación especializada dentro de L&H con crédito al 100% Servicios de L&H al 80% y medicina proporcionada en L&H al 90%.Posterior a la liquidación del crédito se remitirá la respectiva nota de cobranza. Para que aplique las coberturas indicadas deben ser direccionadas por el grupo de médicos de L&H y bajo el sistema de crédito de red. Si una persona utiliza servicios de L&H fuera del sistema de crédito autorizado por la compañía, la cobertura será como libre elección, bajo condiciones de póliza y análisis de cobertura	Aplica	Aplica	Aplica
Reducción de cobertura automática de gastos médicos por edad clase 1 2 3	Aplica	Aplica	Aplica





<p>El monto asegurado se cubre al 100% hasta el cumplimiento de los 70 años 364 días. (asegurados que cumplan 71 años pasan automáticamente a la clase 4)</p> <p>En clase 4 el monto asegurado se cubre al 100% para titulares mayores de 71 años hasta los 86 años cumplidos.</p> <p>En clase 5 el monto asegurado se cubre al 100% para titulares mayores de 86 años hasta los 91 años cumplidos.</p>			
<p>Cobertura nutricional por factores de riesgo de salud en prestador que Liberty Seguros indique, vía reembolso en las ciudades que no se tenga un prestador con previa autorización de Liberty Seguros, para titulares y dependientes al 100% hasta</p>	3 consultas al año	3 consultas al año	3 consultas al año
<p>Medicina continua con Medimed para casos abiertos, por excepción, AFESE enviara un correo para crédito en medicina continua cuando el caso supere los dos meses.</p>	90%	90%	90%
<p>Cobertura de colágenos siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrita, y no sea para fines estéticos adicionalmente que no sea prescrita por dermatólogos ni cirujanos plásticos. Al 80% sin aplicación de deducible hasta,</p>	Suma Máxima Asegurada	Suma Máxima Asegurada	Suma Máxima Asegurada
<p>Se cubren gastos de enfermera especial a domicilio hasta monto definido en cuadro de coberturas mensuales para todos los asegurados como límite máximo, los mismos que no serán acumulables de un mes a otro. Se reconoce la enfermera especial a domicilio siempre y cuando sea medicamente requerida y prescrita por el médico especialista tratante de la patología; en la orden médica se debe indicar el motivo y pertinencia por el cual se requiere este servicio y este debe ser aprobado por Liberty. Al 100% sin deducible</p>	\$5000 mensuales para todos los asegurados	\$5000 mensuales para todos los asegurados	\$5000 mensuales para todos los asegurados
<p>Participación De Utilidades Por Buena Experiencia:</p> <p>Queda aclarado y convenido por la presente cláusula que, en el evento de buena experiencia de siniestralidad, consolidado si no supera el 65%, la compañía Aseguradora reconocerá a favor del asegurado, un porcentaje de utilidad obtenida en el año de vigencia contratado. La compañía aseguradora se compromete al final de la vigencia a entregar el 10% de la utilidad del negocio, de acuerdo con la siguiente fórmula y sujeto a la renovación del programa:</p> <p>Participación de Utilidades es igual al 10% de la utilidad generada de la siguiente operación. Primas facturadas y pagadas (-) Siniestros pagados y pendientes (-) 35% Gastos administrativos de las primas facturadas y pagadas</p> <p>La presente cláusula no representa devolución de prima, ni reduce las tasas o prima originales de la póliza, ni cambia la prima neta cobrada por la aseguradora, sino que representa solo una participación de utilidades en beneficio del asegurado.</p> <p>La participación se aplicará al resultado total de siniestralidad de todas las pólizas contratadas siempre y cuando se proceda con la renovación de la siguiente vigencia y el cálculo se lo ejecutará hasta 30 días de finalizar la vigencia.</p>	Aplica	Aplica	Aplica
<p>(Se otorga crédito hospitalario al 100% por el total de la cuenta que se genere en las Clínicas y Hospitales de convenio con Liberty Seguros, aunque este valor sobrepase los límites máximos contratados con autorización y compromiso de AFESE para realizar el recobro de acuerdo con el porcentaje de cobertura indicados dependiente de la red en la que se otorgó la atención.)</p>	Aplica	Aplica	Aplica
<p>Nuevos ingresos sin limite de edad siempre y cuando vayan a la clase correspondiente de acuerdo a la edad máxima de permanencia</p>	Aplica	Aplica	Aplica
<p>Cobertura de Screening neonatal La muestra de sangre se debe recoger después de que el niño tenga 24 horas de vida siempre y cuando se tenga prescripción médica, con una cobertura la 100% hasta:</p>	\$50	\$50	\$50

h



Primas Netas Mensuales de Asistencia Médica			
Titular Solo	\$105,06	\$201,38	\$221,50
Titular más un Dependiente	\$189,32	\$362,65	\$398,92
Titular más Familia	\$315,30	\$604,13	\$664,55
Primas Totales Mensuales Vida y Asistencia Médica			
Titular Solo	\$130,48	\$230,65	\$240,97
Titular más un Dependiente	\$218,10	\$398,38	\$425,49
Titular más Familia	\$349,12	\$649,51	\$701,74

Observaciones:

- La oferta es válida siempre y cuando se mantenga la modalidad de comercialización como Vida & Asistencia Médica, no por separado.
- Se requiere mínimo de 5 personas por clase elegible.
- **En cumplimiento a las normas de Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros Delitos, una vez que el Solicitante o Asegurado aprueben el contenido de la presente cotización, deberán entregar el Formulario de Vinculación "Conozca a su Cliente".
El plazo determinado en el Código de Comercio para la emisión de la póliza será contabilizado a partir de la entrega del mencionado Formulario junto con los documentos de respaldo, detallados en dicho documento.**
- "La solicitud de inscripción es un requisito obligatorio completar y entregar por cada uno de los titulares de la póliza, para ventas nuevas y renovaciones en los ramos de: Vida, Accidentes Personales y Vida & Asistencia médica, además en casos de pólizas de Vida & Asistencia médica es obligatorio completar y entregar declaración de salud para ventas nuevas por cada uno de los asegurados tanto titulares como dependientes por requerimientos que presenta la compañía con entes de control."
- "" En caso de aceptación de la presente propuesta de renovación o expedición de póliza nueva es obligación del tomador confirmar a la compañía con mínimo cinco (5) días hábiles antes del inicio de la vigencia con el fin de garantizar los servicios asistenciales a través de nuestra red de prestatarios o Call Center, de lo contrario únicamente se tramitan servicios por reembolso según condiciones del producto. ""
- Todos los asegurados deben presentar Declaración de Salud y Tarjeta de Inscripción.
- Costo anual de emisión de la póliza USD 9,00 (nueve).
- Atención en 24 (veinticuatro) Horas para otorgar Créditos Hospitalarios y Ambulatorios, una vez suscrito el contrato.
- Tabla de Cobertura Vigente: Metropolitano
- Cobertura amplia de vuelo con cúmulo máximo para vuelos privados de hasta 5 personas aseguradas en un avión privado en el mismo trayecto de viaje. Para coberturas de vida.

Cláusula De Limitación De Responsabilidad Por Sanciones

La cobertura otorgada bajo la presente póliza no ampara ninguna exposición proveniente o relacionada con ningún país, organización, o persona natural o jurídica que se encuentre actualmente sancionado, embargado o con el cual existan limitaciones comerciales impuestas por la "Oficia de Control de Activos Extranjeros" del Departamento de Tesorería de Estados Unidos, con sus siglas en inglés U.S. Treasury Department: Office of Foreign Assets Control, la Organización de las Naciones Unidas, la Unión Europea o el Reino Unido.





En esa medida, en ningún caso la presente póliza otorgará cobertura ni el Asegurador será responsable de pagar reclamación o beneficio alguno en aquellos casos en los que el pago de dichas reclamaciones o el otorgamiento de dichos beneficios puedan exponer al Asegurador a una sanción, prohibición o restricción a nivel local y/o internacional.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna."



Red Ambulatoria Liberty

Copago y Fee: tratamiento ambulatorio luego de copagos y sin deducible en: RED AMBULATORIA LIBERTY, consulta paga Fee y toda atención derivada de la misma el asegurado deberá cancelar el copago directamente al proveedor sin aplicación de deducible (no aplica medicación).

El Fee y Copago de los prestadores ambulatorios estará establecido de acuerdo a la siguiente tabla

Quito		
Proveedor	Fee Cliente Consulta Especialidades Básicas *	Fee Cliente Consulta Especialidades
Aprofe Bosmediano	\$6,00	\$6,00
Asistanet	\$6,00	\$6,00
Axxis	\$12,00	\$12,00
Ecu-American	\$6,00	\$6,00
Integramed	\$6,00	\$6,00
Medirecreo	\$6,00	\$6,00
Metrored	\$6,00	\$6,00
Novaclinica Del Valle	\$6,00	\$6,00
Padre Carollo	\$6,00	\$6,00
Red.Medica	\$6,00	\$6,00
Sime	\$14,00	\$14,00
Veris	\$10,00	\$10,00
Cruz Vital	\$6,00	\$6,00
Citimed	\$7,00	\$7,00
Biodimed	\$7,00	\$7,00
MSK	\$15,00	\$15,00
Dr. Castellanos	\$15,00	\$15,00





Guayaquil

Proveedor	Fee Cliente Consulta Especialidades Básicas *	Fee Cliente Consulta Especialidades
Aprofe Alborada	\$6,00	\$6,00
Aprofe Rumichaca	\$6,00	\$6,00
Aprofe Mapasingue	\$6,00	\$6,00
Aprofe 25 De Julio	\$6,00	\$6,00
Ieced - Gastroenterologia	\$12,00	\$12,00
Mediglobal	\$6,00	\$6,00
Medilink	\$6,00	\$6,00
Metrored	\$6,00	\$6,00
R.Des	\$6,00	\$6,00
C.M. Santa Maria	\$6,00	\$6,00
C.M. Clinica Baste (Sta. Elena)	\$12,00	\$12,00
C.M. Clinica Granados (Sta. Elena)	\$6,00	\$14,00
C.M. Clinica Santa Marta	\$6,00	\$12,00
Medikal	\$6,00	\$6,00
Veris	\$10,00	\$10,00
Biodimed	\$7,00	\$7,00

Cuenca

Proveedor	Fee Cliente Consulta Especialidades Básicas *	Fee Cliente Consulta Especialidades
Aprofe Cuenca	\$6,00	\$6,00
Red Medica	\$6,00	\$6,00
Veris	\$10,00	\$10,00
Hospital Del Rio	\$12,00	\$12,00
Somedica Monte Sinai	\$6,00	\$6,00



Manta		
Proveedor	Fee Cliente Consulta Especialidades Básicas *	Fee Cliente Consulta Especialidades
SIME	\$14,00	\$14,00

Babahoyo		
Proveedor	Fee Cliente Consulta Especialidades Básicas *	Fee Cliente Consulta Especialidades
MEDILINK	\$7,00	\$7,00

Fee: Se entiende por Fee el valor mínimo a asumir por parte del asegurado.

* Descripción especialidades Básicas M. General, M. Interna, Ginecología, M. Familiar, Pediatría

*La red de prestadores estará sujeta a cambios por actualizaciones de proveedores de servicio.

Red Ambulatoria Liberty Telemedicina

Copago y Fee: tratamiento ambulatorio luego de copagos y sin deducible en: RED AMBULATORIA LIBERTY, consulta paga Fee y toda atención derivada de la misma el asegurado deberá cancelar el copago directamente al proveedor sin aplicación de deducible (no aplica medicación).

El Fee y Copago de los prestadores ambulatorios estará establecido de acuerdo a la siguiente tabla

Proveedor	Fee Consulta	Cobertura
Citimed	\$0,00	Nivel Nacional
Metrored	\$0,00	Nivel Nacional
Padre Carollo	\$0,00	Nivel Nacional
Msk	\$6,00	Nivel Nacional
Biodimed	\$6,00	Nivel Nacional
Veris	\$1,55	Quito, Guayaquil, Cuenca





Red Hospitalaria Liberty Preferencial

Quito:
Clínica De Especialidades Sur
Clínica De Especialidades Y Maternidad San Rafael
Clínica Infes
Clínica Toa
Hospital Padre Carollo
Hospital Vozandes
Clínica Integral
Clínica De Especialidades Tumbaco
Clínica Emergencias San Francisco
Novaclinica Del Valle
Hospital de los Valles
Clínica Pasteur
Axxis
Citimed

Guayaquil:
Alborada
Aprofe
Clínica Panamericana
Clínica San Francisco
Clínica Santa Maria
Clínica Sotomayor (Pensionado Luis Vernaza)
Hospital Alcivar
Hospital De Niños Roberto Gilbert Erizalde
Maternidad Alfredo Pouson - Clínica De La Mujer

Cuenca:
Clínica La Paz
Clínica Monte Sinai
Clínica Santa Ana
Clínica Santa Ines
Hospital Del Rio
Latino Clínica

Santa Elena:
Clínica Baste - Emergencias - Via La Libertad
Clínica Granados - Salinas
Clínica Santa Martha - Libertad

Lago Agrio:
Clínica González
Clínica Nuestra Señora Del Cisne

Manta
Clínica De Especialidades Médicas Centeno – Clinicen

Portoviejo:
Clínica Santa Margarita

Ibarra:
Instituto Médico De Especialidades

Riobamba:
Clínica Metropolitana

Elegibilidad:

Son elegibles todos los titulares activos vinculados permanentemente con el Contratante y que no hayan cumplido la edad máxima estipulada.

Las personas elegibles bajo esta Póliza son las siguientes:

- Todo titular activo al momento de la emisión de esta Póliza será elegible en el periodo de inscripción fijado por el Contratante de mutuo acuerdo con la Compañía;
- Todo titular incorporado con posterioridad será elegible dentro de los primeros tres (3) meses de vinculación con el Contratante;
- Todo titular que no esté activo en la fecha de vigencia de esta Póliza será elegible dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su reincorporación.

Son elegibles todos los dependientes del titular que cumplan las siguientes características (solo para Asistencia Médica):

- Esposo(a) legítima o compañera(o) permanente del titular debidamente inscrito en los registros del Contratante, y que no haya cumplido la edad máxima estipulada en las condiciones particulares.
- Hijos solteros, legítimos, naturales o legalmente adoptados mayores de catorce (14) días de nacidos y menores de dieciocho (18) años de edad; en caso de estudiantes hasta el día que cumplan veintiséis (26) 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 y que no aporten al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Los dependientes serán elegibles en cualquiera de las fechas siguientes:

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

Selectividad:

No se permitirá la selectividad entre planes, es decir que la suscripción del personal de cada alternativa estará dada según el nivel jerárquico, área o departamento dentro de la empresa. Solo se puede permitir cambios entre planes cuando hubiere ascensos jerárquicos y esté justificado por Recursos Humanos.

h



Todas las incapacidades y/o maternidades que iniciaron con fecha anterior al cambio, mantendrán la suma asegurada del plan inicial.

Todas las incapacidades y/o maternidades que iniciaron con fecha posterior al cambio, la suma asegurada será la del plan actual.

Importante: no se aceptan cambios de plan retroactivos. A partir del cambio se aplicará el deducible del nuevo plan a pesar de que éste hubiese sido cubierto en el plan anterior.

Liberty Seguros se reserva el derecho de solicitar los documentos necesarios que soporten los cambios mencionados.

Si por la edad cumplida los asegurados pasan de una clase a otra clase, se podrán hacer traspasos de deducibles y en caso de que el deducible de la nueva clase ya se haya cubierto anteriormente no se volverá a cobrar durante la vigencia.



Edad Máxima:

- Sin límite de edad para los nuevos ingresos.
- Clase 1-2-3 hasta el día en que cumplan los setenta y uno (71) años de edad al 100% del capital Asegurado a partir de 71 años un día pasaran a la clase subsiguiente.
- Jubilados Desde 71 Años Hasta 86 cumplidos bajo condiciones de clase 4, a partir de 86 años un día pasaran a la clase subsiguiente.
- Jubilados Desde 86 Hasta Los 91 cumplidos bajo condiciones de clase 5
- Límite de permanencia y Terminación de cobertura a los 91 años cumplidos

VIDA GRUPO

Información Vida Grupo:

- Cubre las veinticuatro (24) horas, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año y en cualquier parte del mundo.
- Se cubre suicidio a partir del primer año de vigencia, dentro de la Cobertura de Vida (Muerte por cualquier causa) para asegurados que vienen de seguro aplica continuidad de cobertura
- Los siniestros serán pagados en ocho (8) días laborables, si la documentación pertinente se encuentra entregada a conformidad en nuestras oficinas.
- Revisar Condiciones Generales.



Muerte por Cualquier Causa

Si un Asegurado fallece mientras se encuentre asegurado bajo esta Póliza y siempre y cuando no haya cumplido la edad máxima estipulada en las condiciones particulares, la Compañía inmediatamente después de haber recibido y aprobado las correspondientes pruebas de muerte y sus causas, pagará la suma por la cual esté asegurado, a los beneficiarios designados, o en su defecto a la persona o personas autorizadas legalmente a recibirla.

Exclusiones:

Esta Póliza no cubre la muerte del Asegurado a causa de suicidio ya sea voluntario o involuntario ocurrido durante el primer año de vigencia del contrato.

Documentos en Caso de Siniestro:

Además del formulario de reclamación debidamente llenado, el beneficiario deberá presentar a la Compañía, los siguientes documentos en original o copia certificada:

h

- Aviso o notificación de la reclamación (Notificación de acuerdo a condiciones de póliza)
- Certificado de defunción original o copia original notariada
- Copia de la cédula del fallecido
- Copia de Historia Clínica completa a la fecha de fallecimiento
- Certificado del último médico que atendió al asegurado
- Copia de la cédula o partida de nacimiento de los beneficiarios
- Posesión efectiva Original o Copia Original notariada (de no contar con tarjeta de enrolamiento)

Limite de Edad

- Sin límite de edad para los nuevos ingresos.
- Clase 1-2-3 hasta el día en que cumplan los setenta y uno (71) años de edad al 100% del capital Asegurado a partir de 71 años un día pasaran a la clase subsiguiente.
- Jubilados Desde 71 Años Hasta 86 cumplidos bajo condiciones de clase 4, a partir de 86 años un día pasaran a la clase subsiguiente.
- Jubilados Desde 86 Hasta Los 91 cumplidos bajo condiciones de clase 5
- Límite de permanencia y Terminación de cobertura a los 91 años cumplidos



Muerte Accidental y Desmembración Accidental

Si un accidente amparado por esta Póliza causare la muerte del Asegurado, la Compañía pagará la suma convenida a la persona o personas designadas como beneficiarios. En caso de no haber tal designación, la indemnización será pagada a los herederos legítimos o testamentarios. Si fueren dos o más los beneficiarios designados y no se hubiere establecido proporción en la solicitud o en la Póliza, el importe del seguro se dividirá y abonará por partes iguales, sea cual fuere el vínculo que ligare a los beneficiarios con el Asegurado. El beneficiario que hubiere provocado la muerte del Asegurado por delito o culpa grave, pierde todo derecho a la indemnización.

Desmembración Accidental

Cabeza:	%
Sordera total e incurable de los oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	50%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

Miembros Superiores	Derecho	Izquierdo
Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida de un dedo o pulgar índice	25%	25%



Miembros Inferiores	Derecho	Izquierdo
Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%	60%
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%	50%
Pérdida de un pie	50%	50%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	8%	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5cm	15%	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3cm	8%	8%
Pérdida del dedo gordo del pie	10%	10%
Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie	4%	4%

Exclusiones:

Este anexo no cubre ninguna pérdida resultante de o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por:

- Intervención del Asegurado en competencias y/o pruebas automovilísticas y moto ciclísticas;
- Todos los casos por consecuencia de la presión atmosférica durante el despegue, vuelo o aterrizaje;
- Guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones de guerras (sea que haya sido declarado o no), guerra civil, motín, rebelión, revolución, huelga, insurrección o poder militar, naval o usurpación;
- Pelears o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca legalmente que el Asegurado haya actuado en defensa propia;
- Hechos producidos por acciones o actos delictuosos, infracciones a las leyes, ordenanzas o reglamentos públicos relacionados con la seguridad de las personas;
- Las lesiones inmediatas o tardías producidas por energía atómica;
- Duelos, suicidios o tentativas de suicidios;
- Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales y los causados estando bajo los efectos de drogas y/o alcohol;
- Tampoco son indemnizables los accidentes o consecuencias de éstos, provenientes de intervenciones quirúrgicas, o de cualquiera otra medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias por un accidente sujeto a indemnización.

Documentos en Caso de Siniestro:

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

Muerte Accidental:

- Aviso o notificación de la reclamación (Notificación de acuerdo a condiciones de póliza)
- Certificado de defunción original o copia original notariada





- Copia de la cédula del fallecido
- Copia de la cédula o partida de nacimiento de los beneficiarios
- Parte policial
- Acta de levantamiento de cadáver
- Protocolo de autopsia.
- Certificado del último médico que atendió al asegurado
- Posesión efectiva Original o Copia Original notariada (de no contar con tarjeta de enrolamiento)

Desmembración Accidental:

- Aviso o notificación de la reclamación (Notificación de acuerdo a condiciones de póliza)
- Copia de historia clínica completa (Hoja de emergencia; protocolo operatorio; resultados de imagen, etc.)
- Certificado médico que atendió al asegurado
- Exámenes probatorios de la desmembración.
- Copia de cédula del asegurado
- Certificado del IESS que respalde el porcentaje de la desmembración o Incapacidad

Límite de edad

- Sin límite de edad para los nuevos ingresos.
- Clase 1-2-3 hasta el día en que cumplan los setenta y uno (71) años de edad al 100% del capital Asegurado a partir de 71 años un día pasaran a la clase subsiguiente.
- Jubilados Desde 71 Años Hasta 86 cumplidos bajo condiciones de clase 4, a partir de 86 años un día pasaran a la clase subsiguiente.
- Jubilados Desde 86 Hasta Los 91 cumplidos bajo condiciones de clase 5
- Límite de permanencia y Terminación de cobertura a los 91 años cumplidos



Incapacidad Total y Permanente

Si antes de cumplir la edad estipulada en las condiciones particulares, estando este anexo en pleno vigor y después de transcurridos seis (6) meses de su emisión, el Asegurado quedase incapacitado total y permanentemente, a causa de accidente o enfermedad, e impedido de desempeñar todas y cada una de las ocupaciones o empleos remunerables para los cuales esté razonablemente calificado con base a su educación, instrucción, entrenamiento o experiencia y siempre que tal incapacidad haya sido total, permanente y continua por un período de doce (12) meses, la Compañía se compromete a pagar al final de dicho período, en un solo pago el capital asegurado indicado en las condiciones particulares; previa demostración a satisfacción de la Compañía, del carácter total y permanente de dicha inhabilitación, quedando de este modo satisfecha cualquier obligación de la Compañía.

Exclusiones:

Este anexo no cubre la incapacidad a causa de tentativa de suicidio voluntario o involuntario; viajes aéreos, salvo viajando como pasajero de empresas comerciales y en líneas aéreas legalmente establecidas; actos de guerra, guerra civil, insurrección, tumultos populares y peleas, salvo que obre en legítima defensa; homicidios, desafíos, infracción a leyes y/o reglamentos relativos a la seguridad de las personas, o como consecuencia de enfermedades preexistentes a la vigencia de este contrato o estando bajo el efecto de drogas, alcohol y acciones delictuosas.

Documentos 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:

- Aviso o notificación de la reclamación (Notificación de acuerdo a condiciones de póliza)
- Copia de historia clínica.
- Exámenes probatorios en caso de requerirlos.
- Certificado del CONADIS o certificado del IESS que indique el porcentaje de incapacidad.
- En el caso de no estar clara la incapacidad el médico Auditor, tendrá que examinar a la persona asegurada para confirmar esta incapacidad o se deberá pedir una valoración por un especialista.



Límite de Edad

- Sin límite de edad para los nuevos ingresos.
- Clase 1-2-3 hasta el día en que cumplan los setenta y uno (71) años de edad al 100% del capital Asegurado a partir de 71 años un día pasaran a la clase subsiguiente.
- Jubilados Desde 71 Años Hasta 86 cumplidos bajo condiciones de clase 4, a partir de 86 años un día pasaran a la clase subsiguiente.
- Jubilados Desde 86 Hasta Los 91 cumplidos bajo condiciones de clase 5
- Límite de permanencia y Terminación de cobertura a los 91 años cumplidos



Anticipo Enfermedades Graves

Por el diagnóstico médico que indique que el Asegurado sufre por primera vez, cualquiera de las siguientes enfermedades graves: Cáncer, Apoplejía, Insuficiencia Renal Crónica, Infarto Agudo al Miocardio, Cirugía de Revascularización de las Arterias Coronarias y una vez se compruebe la enfermedad y que ésta no se encuentre excluida, indemnizará el valor asegurado contratado en esta póliza.

Esta cobertura opera después de noventa (90) días de inicio de la vigencia o desde el momento de inclusión como Asegurado en la misma.

El Asegurado que reciba por cualquiera de las enfermedades cubiertas la indemnización correspondiente, quedará automáticamente excluido de la cobertura de pago por enfermedades graves.

El presente amparo no es acumulable con el seguro de vida, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por este amparo, el Asegurado quedará excluido del mismo, pero podrá continuar amparado bajo el seguro de vida, por un valor asegurado equivalente al valor asegurado de vida menos el valor indemnizado. Lo anterior, con el pago de la prima correspondiente a dicho amparo computado sobre el valor remanente.

Para efectos de esta cobertura se definen las enfermedades graves así:

Cáncer: Todo tumor maligno confirmado histológicamente con crecimiento y tendencia a la infiltración de los tejidos próximos y metástasis. No incluye cáncer de seno o cuello de la matriz, ni tumores en la piel, ni cáncer in situ no invasivo de cualquier órgano.

Apoplejía: Complejo sintomático que se caracteriza por la abolición del funcionalismo cerebral (movimiento, sensibilidad, conciencia) de manera permanente e irreversible, producido por infarto cerebral trombocito o embólico, infarto de la medula espinal, hemorragia intracerebral subaracnoidea, hemorragia por ruptura de un aneurisma intracraneal o malformación arterio venosa, trombosis venosa intracraneal, hemorragia epidural o subdural. Se excluye los trastornos vasculares isquémicos transitorios y lentamente reversibles.

Insuficiencia Renal Crónica: Fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones para cumplir con su función propia, con la necesidad de realizar hemodiálisis de dos a tres veces en la semana o de trasplante renal.

Infarto al Miocardio: Isquemia prolongada del músculo cardíaco de presentación súbita, con dolor del pecho, alteraciones en el electrocardiograma confirmatorias y elevación de las enzimas cardíacas (CK, CPK, CK-MB y fracción LDH1)

Cirugía de Revascularización de las Arterias Coronarias: Afecciones de las arterias coronarias (estenosis u oclusión) para enfermos con angina de pecho demostrable con angiografía y tratadas con operación de bypass o puente coronario. El resultado de la angiografía, junto con el informe médico, deberá estar a disposición de la Compañía. Se excluyen angioplastia transluminal, tratamiento con catéter de láser, operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

Exclusiones:

- Cualquier enfermedad o accidente preexistente a la contratación del seguro, para nuevos asegurados.
- Cualquier enfermedad o accidente que no estén consideradas dentro de las nombradas en la cobertura
- Cáncer de seno o cuello de la matriz; tumores en la piel; cáncer in situ no invasivo en cualquier órgano.
- Neoplasmas malignos incluyendo al Sarcoma de Kaposi, el linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones o neoformaciones malignas conocidas en la actualidad o que se conozcan, como causas de enfermedad en presencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (o cualquier nombre con que se conozca).

- Cualquier enfermedad o accidente, causado por el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida SIDA (o cualquier nombre con que se conozca).
- Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o en general conmociones civiles de cualquier clase.
- Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

Documentos en Caso de Siniestro:

- Carta forma de solicitud
- Copia de la Epicrisis o copia de la historia clínica completa del asegurado (Histórico de la patología)
- Certificado médico de la salud del paciente a la fecha de solicitud de cobertura
- Copia de la cédula de identidad del asegurado.

Límite de Edad

- Sin límite de edad para los nuevos ingresos.
- Clase 1-2-3-6 hasta el día en que cumplan los setenta y uno (71) años de edad al 100% del capital Asegurado a partir de 71 años un día pasaran a la clase subsiguiente.
- Jubilados Desde 71 Años Hasta 86 cumplidos bajo condiciones de clase 4, a partir de 86 años un día pasaran a la clase subsiguiente.
- Jubilados Desde 86 Hasta Los 91 cumplidos bajo condiciones de clase 5
- Límite de permanencia y Terminación de cobertura a los 91 años cumplidos

ASISTENCIA MÉDICA

- La cobertura de esta póliza consiste en el derecho de los asegurados a reembolsar sus gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados, incurridos en el Ecuador producto de las prestaciones médicas a causa de una enfermedad, lesión o accidente, determinadas por un médico para la recuperación de la salud, tanto en forma ambulatoria como hospitalaria y de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados en el cuadro de coberturas.
- Aquellos gastos médicos incurridos fuera del territorio nacional, tienen cobertura a los costos razonables y acostumbrados del medio ecuatoriano.



Beneficios Asistencia Médica:

Beneficio enfermedades preexistentes:

Se cubrirá las preexistencias declaradas hasta los montos establecidos y según condiciones particulares.

Para grupos nuevos con experiencia, se aceptarán todas las enfermedades preexistentes declaradas sin períodos de carencia, y los nuevos ingresos tienen un período de carencia de tres (3) meses.

Para grupos nuevos sin experiencia, el beneficio de enfermedades preexistentes tendrá un período de carencia de tres (3) meses, y los nuevos ingresos tienen un período de carencia de tres (3) meses.

El beneficio inicia desde el inicio de vigencia de la póliza una vez superado el período de carencia.




Cobertura tarifa cero:

Coberturas	Edad	Frecuencia	Cuadro Cerrado
Atención al recién nacido	Recién Nacido de 0 días a 28 días	1 consulta e información.	100%
Asesoría para cuidado del recién nacido			100%
Atención de laboratorio en el recién nacido (previo al alta o hasta los 8 días de nacido)			100%
Atención al infante	Niño de 1 mes a 12 meses	6 consultas en el primer año de vida.	100%
Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)			100%
Asesoría, información, educación y comunicación (en consulta).			100%
Atención al niño de 1 a 5 años (ambulatorio)	Niños/as de 1 a 5 años	Consulta 2 veces al año hasta los 2 años de edad, posterior 1 vez por año.	100%
Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta).			100%
Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)			100%
Atención al niño de 5 a 10 años	Niños/as de 5 a 10 años	1 consulta médica por año.	100%
Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)			100%
Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)			100%
Atención al adolescente de 10 a 19 años	Adolescentes d 11 a 19 años	1 vez al año.	100%
Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)			100%
Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)			100%
Control prenatal en embarazo sin riesgo	Embarazo	6 vez durante el embarazo.	100%
Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)			100%
Atención odontológica preventiva en el embarazo		2 vez durante la gestación.	100%
Detección de riesgos por exámenes de laboratorio clínico		1 vez durante todo el embarazo.	100%
Atención integral postparto		1 consulta entre la semana 1 a la 6 post parto.	100%
Control de mujeres en edad fértil	Mujeres en edad fértil MEF	1 vez al año	100%
Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)			100%
Consulta médica general preventiva	Adulto joven de 20 a 49 años	1 vez al año	100%
Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)			100%
Consulta médica general preventiva	Adulto de 50 a 64 años	1 vez al año	100%
Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)			100%
Consulta médica general preventiva		1 vez al año	100%



Asesoría: información, educación y comunicación (en consulta)	Adulto mayor de 65 años	100%
---	-------------------------	------

*Cobertura aplica en prestador designado por Liberty Seguros.

Información Asistencia Médica:

- 1. NOTA ACLARATORIA: Se otorga continuidad de cobertura para enfermedades preexistentes y congénitas, para todos los afiliados que ingresaron desde el inicio de la vigencia. Para nuevas inclusiones, se aplicará un período de carencia de 90 días para cobertura total de enfermedades preexistentes y congénitas, de acuerdo a los montos detallados en la tabla de bonificación que señala:**

Condiciones de Enfermedades Preexistentes y Congénitas			
Cobertura para todas las enfermedades preexistentes, para nuevas inclusiones y asegurados que ingresaron desde el inicio de la vigencia	Límite Máximo por Incapacidad	Límite Máximo por Incapacidad	Límite Máximo por Incapacidad
Cobertura para las enfermedades preexistentes, que hayan sido conocidas y diagnosticadas posterior a la contratación del seguro, sea para nuevas inclusiones y asegurados que ingresaron desde el inicio de la vigencia	Límite Máximo por Incapacidad	Límite Máximo por Incapacidad	Límite Máximo por Incapacidad

Los reingresos de personal que se encuentre en actividades diplomáticas fuera del país, gozarán de continuidad de cobertura para enfermedades congénitas y preexistentes, previa autorización y solicitud de AFESE.

- Cobertura las 24 (veinticuatro) horas del día, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año el Ecuador y en cualquier parte del mundo (a costos razonables y acostumbrados del medio ecuatoriano).
- La fecha única de renovación será en la vigencia de la póliza.
- La revisión de siniestralidad de asistencia médica será ANUAL, de acuerdo a un análisis realizado entre las partes, mediante el cual se realizará un ajuste de condiciones o modificación de primas de mutuo acuerdo entre las partes.
- Período de presentación de reclamos 90 días, contados a partir de la fecha de incurrencia de cada gasto (se toma como referencia la fecha de emisión de facturas, recetas, resultados de exámenes o cualquier otro documento que soporte el reclamo). Los reclamos presentados total o parcialmente después de este período no tienen derecho a cobertura. En caso de que Liberty Seguros, devuelva total o parcialmente algún reclamo que no tiene los respectivos soportes o no esté completo, y el periodo de presentación de reclamos este por finalizar, el usuario tendrá 60 días a partir de la fecha de la devolución, caso contrario no tendrá cobertura.
- Para la liquidación de reclamos, se considerará la tabla de responsabilidad máxima establecida por Liberty Seguros, por concepto de honorarios médicos para procedimientos y tratamientos médicos, exámenes de laboratorio y procedimientos especiales de diagnóstico, vigente a la fecha de incurrencia de los gastos médicos.
- En caso de cancelación de la póliza, los afiliados tendrán 30 días para la presentación de los reclamos incurridos durante la vigencia de la póliza. En caso que durante la vigencia de la póliza, Liberty Seguros haya devuelto parcial o totalmente algún reclamo que no contaba con los respectivos soportes o no estaba completo, el usuario tendrá 30 días a partir de la fecha de la cancelación de la póliza para presentarlo, caso contrario no tendrá cobertura.
- Si la póliza es contributiva, el contratante deberá afiliar por lo menos al 80% de sus empleados, y en caso de ser una póliza no contributiva, el cliente deberá afiliar al 100% de su personal, caso contrario no será elegible para este plan. El Anexo de Asistencia Médica podrá terminarse unilateralmente, al momento en que los titulares asegurados sean menos del número originalmente cotizado.



9. Los dependientes estarán incluidos desde el primer día de nacidos sin que necesariamente la maternidad está cubierta, para lo cual el titular deberá reportar dentro de los primeros 30 días luego del nacimiento la inclusión de dicho dependiente.
10. Los siniestros serán pagados hasta en 8 días hábiles, si la documentación pertinente se encuentra entregada a conformidad en nuestras oficinas.
11. Cobertura de atención médica en cualquier prestador de servicios de salud que cuente con la autorización para funcionar otorgada por la Autoridad Sanitaria Nacional.
12. Los reclamos en moneda extranjera se pagarán de acuerdo al tipo de cambio del día de ocurrencia del siniestro, tomando en consideración las tablas de honorarios y costos de medicinas, establecidas para nuestro medio (costos razonables y acostumbrados), siendo requisito indispensable la presentación de facturas originales y canceladas.
13. Cobertura de enfermedades congénitas como cualquier incapacidad para titulares y dependientes. Enfermedades congénitas sin aplicación de carencias y sin limitaciones, para aquellos asegurados que inicien la vigencia de la póliza y para niños nacidos bajo la póliza. Con respecto a las inclusiones de asegurados con enfermedades congénitas declaradas serán cubiertas como preexistencias declaradas hasta el monto establecido para esta cobertura.

En caso de enfermedades congénitas diagnosticadas durante la vigencia de la póliza tendrán cobertura como cualquier otra incapacidad.

14. Cobertura de maternidades en curso, con los nuevos beneficios, para el personal que viene de la vigencia anterior y siempre y cuando esta haya tenido cobertura y se encuentre cancelando cuotas de Titular más uno (T1) o titular más familia (TF), según corresponda.

Para nuevos ingresos, gozará de la cobertura de maternidad, si el embarazo se produce luego de 60 días de constar en la póliza

Si el asegurado forma parte del grupo T+1, tendrá la obligación de en un máximo de 12 semanas de gestación comunicar a la aseguradora el embarazo y trasladarse al grupo T+F

El asegurado que forme parte del grupo T + F tendrá 30 días para incluir al recién nacido para tener acceso a las coberturas de asistencia médica.

Si el embarazo se produjera durante el periodo de carencia la inclusión intra -útero del neonato se podrá realizar como un beneficio adicional. La contratación de este beneficio se podrá realizar a partir de la semana veinte de embarazo y hasta la semana treinta y dos, siempre y cuando el contratante cancele las cuotas correspondientes a partir de la semana de contratación de este beneficio.

15. Los recién nacidos recibirán cobertura para eventos perinatales siempre que el titular o beneficiario cuente con un plan para cobertura de embarazo; para el efecto se deberá notificar a la compañía a Liberty Seguros hasta la semana doce (12) de embarazo.
16. Para atenciones a consecuencia de riñas, el asegurado deberá presentar la respectiva denuncia realizada a la autoridad pertinente, en la cual se establezca la no culpabilidad del asegurado.
17. La empresa contratante se compromete a cancelar los copagos generados en créditos por concepto de coaseguros, deducibles, gastos no cubiertos y excesos en un plazo no mayor a 30 días. En caso de superar este plazo el servicio de créditos será interrumpido hasta regularizar la cartera pendiente.

Beneficio de emergencia por accidente:

Si un asegurado y/o sus dependientes sufrieran un accidente, todos los gastos incurridos comprendidos como ambulatorios y hospitalarios a causa de dicho accidente durante las 48 (cuarenta y ocho) horas inmediatas después del accidente, estarán cubiertos en forma global, sin aplicación de deducible y hasta el límite máximo como Emergencia indicado en el Cuadro de Seguro.

Queda entendido que, si a causa de un accidente el asegurado tuviera que hospitalizarse, los gastos cubiertos derivados del accidente serán cubiertos como una hospitalización normal después de superar el monto descrito en el cuadro de coberturas.

Convenios:

Crédito Hospitalario (Con Clínicas u Hospitales de Convenio)

LIBERTY SEGUROS S. A. ofrece el Sistema de Convenio con Clínicas y Hospitales LIBERTY SEGUROS S. A. cancelará el 100% directamente a los Hospitales de nuestra RED, posteriormente será la aseguradora quien re liquide los gastos cubiertos efectuados de acuerdo a las condiciones contratadas en la póliza, situaciones que al ser aplicadas podrían generar Notas de Débito o Avisos de Cobro, en los casos en que existan estas Notas de Débito serán remitidas a la empresa contratante para su cancelación en un plazo no mayor de 8 días, mediante cheque cruzado, efectivo o tarjeta de crédito (únicamente crédito corriente) a favor de LIBERTY SEGUROS S. A.

Es importante señalar que el único encargado de la recuperación de estos valores es el Contratante, quien asumirá toda responsabilidad ante la Aseguradora.

Pre autorización Con 72 Horas de Anticipación para cirugías o procedimientos programados. Se deberán enviar los documentos de respaldo y el formulario de pre autorización que se encuentra en nuestra página web al mail servicioalcliente@liberty.ec.

- Formulario de Solicitud de autorización para crédito hospitalario debidamente lleno por el médico tratante.
- Detalle de honorarios médicos con la respectiva codificación del procedimiento quirúrgico a realizar al paciente.
- Soportes diagnósticos como biopsias, ecografías, radiografías, tomografías, resonancias y en caso de cirugía de nariz obligatoriamente se debe remitir placa e informe radiológico.

Recibida la documentación anteriormente mencionada se realiza:

- Validación de datos del asegurado
- Revisión de condiciones particulares de póliza
- Validación de presupuesto remitido por médico tratante vs tarifario vigente Liberty.

Una vez aprobado el presupuesto de cirugía se procede al:

- Envío de aprobación de cirugía programada al Bróker o Asegurado.
- Envío de información a Call Center para emisión de Carta de Autorización de cirugía programada.
- Envío de Carta de Autorización de cirugía programada al prestador medico con copia al Bróker remitida por parte de Call Center.

Créditos Ambulatorios al 80% luego del Copago por Consulta y Exámenes

Para servicios médicos y uso de las instalaciones, tanto en laboratorio clínico como el de Imagen, endoscopías, exámenes especializados de cardiología, EKG, MAPA, PRUEBAS DE ESFUERZO.

Para las Unidades Médicas que Dispongan del Servicio de Farmacia – Las medicinas gozaran de un descuento y el asegurado podrá comprar directamente en la farmacia de la unidad o podrán ser compradas en cualquier farmacia y serán canceladas de contado por el paciente el 100% para luego solicitar a Liberty Seguros S.A., el respectivo reembolso aplicando condiciones detalladas en el cuadro de seguros con su deducible respectivo.

En todo caso todos los gastos efectuados fuera de la red ambulatoria, deberán enviar a Liberty Seguros S.A., la factura por gastos efectuados con la receta o pedidos médicos, para que sean parte de los gastos incurridos por el diagnostico presentado y su restitución respectiva.





Las medicinas serán adquiridas con crédito y solamente deberá cancelar el 20% del valor de la receta como copago en red de farmacias Liberty a excepción de Pharmacs dos farmacias de Cruz Azul y Medimed donde solamente se deberá cancelar el 10% sin deducible.

Documentos a presentar:

- Cédula de Ciudadanía del afiliado o dependientes que adquieran las medicinas.
- Receta médica original emitida por un profesional de la salud registrado en el SENESCYT, que debe contener como datos imprescindibles lo siguiente:
 - Fecha.
 - Nombre del paciente.
 - Detalle de medicamentos.
 - Diagnóstico que respalde los mismos.

Este convenio aplica para medicamentos de tratamiento ambulatorio registrados en vademécum (el vademécum y la red de proveedores médicos puede ser consultada en nuestra página web www.liberty.ec)

Red de Prestadores a Nivel Nacional:

Para obtener mayor información sobre la red de prestadores puedes consultar nuestra página web www.liberty.ec

ASISTENCIAS



Aló Doctor

Servicio de consulta médica telefónica las 24 horas del día los 365 días del año.

Llama al **1800-LIBERTY** (Servicio a Nivel Nacional)

Orientación en:

- Procedimientos a seguir en determinadas patologías.
- Centro Médicos a los que puedes acudir para tratamiento ambulatorio.
- Consejos ante emergencias médicas.
- Medicina Preventiva.
- Consejos de Salud.



Envío de Ambulancia

En caso de que sufras una emergencia médica y requieras trasladarte desde tu domicilio podrás hacerlo llamando al **1800-LIBERTY** (Servicio a Nivel Nacional) las 24 horas del día los 365 días del año.



Asistencia Psicológica

Disponemos de un equipo de psicólogos a tu disposición llamando al **1800-LIBERTY** (Servicio a Nivel Nacional) para orientarte en:

- Asistencia telefónica al afiliado, las 24 horas, los 365 días del año:
- 10 consultas telefónicas al año por afiliado
- Duración de 30 minutos por consulta.
- La asistencia psicológica se otorgará por los siguientes casos:
 - a) Orientación sobre trastornos generados por situaciones traumáticas.
 - b) Orientación sobre el diagnóstico de enfermedades graves de un familiar.
 - c) Orientación sobre conflictos familiares



Segunda Opinión Médica

La asistencia de Segunda Opinión Médica puede ser utilizado para consultas en todo tipo de patologías y especialidades médicas cuando el individuo cubierto sufre o es diagnosticado con una enfermedad grave o crítica definida como; potencialmente fatal, incurable, progresiva, crónica y afecta la calidad de vida del individuo, o cuando el tratamiento para la condición crea un nivel elevado de riesgo para la vida del individuo, se considera compleja en su administración o resulta en mayores complicaciones a su salud en general.

No hay limitación en cuanto al tipo de enfermedad o condición médica que puede beneficiarse de una consulta médica internacional, mientras se considera de carácter crítico, grave o complejo, y como tal merece una evaluación por un especialista en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

Este servicio también permite a los profesionales médicos, tratantes de los beneficiarios, realizar intercambio de opiniones con profesionales de destacadas Instituciones de los Estados Unidos para confirmar y evaluar su diagnóstico o tratamiento en los casos que considere conveniente, debido a la dificultad o complejidad que el caso presente. Además, permite coordinar las intervenciones de alta complejidad médica en el exterior, derivadas de estas consultas.

Finalmente, se otorga un servicio de actualización de protocolos y tratamientos para pacientes con ciertas enfermedades críticas y/o crónicas las cuales continuamente se benefician de nuevos descubrimientos médicos.

¿Cómo Acceder la Segunda Opinión Médica?

Llama al **1800-LIBERTY** (Servicio a Nivel Nacional) y un asesor te guiará y te proporcionará los pasos a seguir.



Enfermera a Domicilio

En caso de que el afiliado sufriera un accidente que derive en la necesidad de cuidados de una Enfermera Profesional (prescrito por el médico especialista) llama **1800-LIBERTY** (Servicio a Nivel Nacional las 24 horas al día, 365 días al año, y coordinaremos el envío de una enfermera profesional., para su recuperación en el Domicilio, se otorgará la Asistencia bajo los siguientes parámetros:

- a. Límite de Horas: 6 horas diarias
- b. Máximo 30 días anuales (acumulados)
- c. Máximo 2 eventos al año
- d. Copago a partir del 3er. día de Incapacidad de \$10,00 diarios (por evento).



Médico a Domicilio

En caso de que necesites de la visita de un médico general en tu domicilio podrás solicitar el servicio llamando al **1800-LIBERTY** (Servicio a Nivel Nacional) con un máximo de dos eventos al año sin cancelar ningún copago.

- a) **Asistencia médica de emergencia:** asistencia en el domicilio del afiliado o en el lugar que se produzca la emergencia dentro de los límites establecidos, primera dosis de medicación genérica, estabilización del paciente y traslado a un centro asistencial en caso requerido a criterio del médico del proveedor de asistencia.
- b) **Asistencia médica de urgencia:** asistencia en el domicilio del afiliado o en el lugar que se produzca la urgencia dentro de los límites establecidos, primera dosis de medicación genérica, estabilización del paciente y traslado a un centro asistencial en caso requerido a criterio del médico del proveedor de asistencia.
- c) **Consulta médica a domicilio:** asistencia en el domicilio del afiliado o donde este se encuentre dentro de los límites establecidos, incluye primera dosis de medicación genérica si el médico del proveedor de asistencia lo considera necesario.



Plan Viajero

Cobertura en cualquier parte del mundo cuando la necesites te ofrecemos las siguientes coberturas:

- Gastos Médicos por accidente o enfermedad hasta \$10.000.00.
- Gastos Odontológicos en Emergencia hasta \$250.00.
- Asistencia Médica por Enfermedad Crónica o Preexistente hasta \$300.00.
- Medicamentos en tratamientos ambulatorios hasta \$300.00.
- Gastos de Hotel por estado de convalecencia hasta \$350.00.
- Asistencia Legal en caso de accidentes hasta \$1.500.00.
- Transferencia de Fondos para Fianza Legal hasta \$10.000.00.
- Traslado a un Centro de Salud.

- Traslado de acompañantes menores.
- Repatriación en caso de fallecimiento.
- Ticket Aéreo ida y vuelta para un familiar.
- Compensación por pérdida de Equipaje en línea área regular hasta \$1.000.00.
- Repatriación por quiebra de la Compañía Aérea.

¿Cómo Activar el Plan Viajero?

1. Descarga nuestro formulario de notificación de viaje en nuestra página web www.liberty.ec
2. Envía el formulario lleno a
3. Una vez recibida tu solicitud enviaremos un correo confirmando la activación del servicio y el respaldo para que puedas acceder al mismo.
4. Recuerda notificar tu viaje con al menos 72 horas de anticipación.

¿Qué hacer en Caso de Siniestro?

1. Llama a la central si te encuentras en USA (1800) 3589105 /o 305-6987757

Llama a la central si te encuentras fuera de USA 1-305-4551575 (adiciona el código de salida del país en el que te encuentras, por lo general es 00)

2. Debes otorgar tus datos personales y describir tu emergencia.
3. Un asesor indicará el procedimiento a seguir.

En el caso de problemas en comunicación deberás llamar a los teléfonos en Ecuador: 2973185 Call Center 24 horas.



Plan Exequial

Te ofrecemos un servicio Exequial completo en caso de muerte del titular o dependiente con Jardines del Valle para brindarte el apoyo que necesitas en esos momentos difíciles.

- 1. Sala de velación 24 horas en salas de velación afiliadas a nivel nacional o a domicilio.
- 2. Traslados a salas de velación y Camposanto en auto carrozas.
- 3. Traslados vía aérea o terrestre a nivel nacional.
- 4. Atención a los asistentes en áreas comunales y cafetería.
- 5. Trámites legales.
- 6. Arreglos florales (3), libros de oraciones y condolencias
- 7. Cofre metálico,
- 8. Servicio religioso de acuerdo con el culto.
- 9. Servicio de tanatopraxia, y traslados vía aérea o terrestre a nivel nacional.
- 10. Nicho por 4 años en camposanto afiliados a nivel nacional.
- 11. Servicio de Cremación incluyendo cenizario.
- 12. Transmisión vía on line en los servicios que se brindan en salas del Grupo Jardines del Valle en tiempo real.

¿Qué hacer en Caso de Siniestro?

Llama al **1800-LIBERTY** (Servicio a Nivel Nacional)





LICITUD DE FONDOS

"El(la) suscrito(a), en calidad de asegurado(a) y/o solicitante, declaro bajo juramento, prevenido(a) de la gravedad del delito de perjuro, que el seguro contratado con LIBERTY SEGUROS S.A., ampara bienes, garantías y/o contratos de procedencia lícita, los mismos que no provienen ni provendrán de ninguna actividad relacionada con el narcotráfico, el lavado de activos o el financiamiento del terrorismo, o cualquier actividad sancionada por la Ley de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos. De igual manera declaro que el origen y destino de los fondos entregados en la presente o en futuras transacciones comerciales relacionadas con este contrato de seguros, tienen origen y destino lícito y no guardan relación con las actividades antes mencionadas.

Autorizo expresa y voluntariamente a LIBERTY SEGUROS S.A., a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de los fondos y/o bienes relacionados amparados y/o comprometidos en este contrato de seguro; e, informar a las autoridades competentes, si fuera el caso, sobre los resultados de dicho análisis o verificaciones; así como autorizo de forma expresa, voluntaria e irrevocablemente a todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, a facilitar toda la información que LIBERTY SEGUROS S.A., les requiera, inclusive facultando el levantamiento del sigilo bancario en caso de orden emitida por parte de la autoridad competente, incluida la revisión y verificación de mis datos en los buró de información crediticia.

Eximo a LIBERTY SEGUROS S.A., de cualquier responsabilidad administrativa, civil penal o de cualquier naturaleza, que se le pretenda imputar como resultado de error o falsedad de mis declaraciones."

LA COMPAÑIA


EL ASEGURADO


FIRMA AUTORIZADA

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con resolución No. 85-321-S del 21 de octubre de 1985