

**CONTRATO TIPO
PLAN GRUPAL-ESPECÍFICO**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA**

SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A.

**PRODUCTO DE COBERTURA AMBULATORIA
CON COBERTURA HOSPITALARIA**

Celebran este Contrato de prestación de servicios de atención integral de salud prepagada, por una parte, SALUDSA, debidamente representada por su representante legal o Apoderado Especial, y; por otra parte, el Contratante, debidamente representado por su representante legal o Apoderado Especial, quien contrata en favor de sus Afiliados y de ser el caso los Beneficiarios, quienes libre y voluntariamente, convienen en celebrar el presente Contrato, al tenor de las cláusulas que se estipulan a continuación y de los Anexos que forman parte integrante de este Contrato. A SALUDSA y al Contratante en adelante se los denominará conjuntamente como “Partes”, e individualmente, al referirse una a la otra, como “Parte”.

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES.-

1. SALUDSA es una compañía constituida en la República del Ecuador, cuyo objeto social es el financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada, asumiendo los costos de los servicios de salud y Prestaciones Sanitarias contractualmente estipulados, con carácter resarcitorio, con sujeción a lo previsto en la Ley.
2. El Contratante conocedor de los servicios de Financiamiento ofrecidos por SALUDSA y de la naturaleza de los mismos, ha solicitado a SALUDSA la afiliación a favor de los Afiliados y/o sus Beneficiarios, y, después de haber sido debido y suficientemente informado sobre el alcance y los límites del Plan y de este Contrato, así como de todas las prestaciones ofertadas, procede a la suscripción del mismo en forma libre y voluntaria, en los términos que constan a continuación y los Anexos de este Contrato.
3. El Contratante declara que ha tenido acceso a información adecuada veraz, clara, oportuna, completa y precisa acerca del alcance y los límites de todas y cada una de las prestaciones ofertadas, montos de cobertura, tarifario aplicable, modalidad a utilizarse, sus características, calidad, condiciones de contratación y demás aspectos relevantes de los mismos, sin términos ambiguos, ambivalentes o que puedan conducir a equívocos sobre lo que contrata.
4. El presente Contrato y sus Anexos han sido autorizados para su comercialización por las autoridades competentes.

CLÁUSULA SEGUNDA: INTERPRETACIÓN.-

1. A no ser que este Contrato indique explícitamente lo contrario, los términos en mayúscula utilizados en este Contrato están definidos en el Anexo No. 4 Definiciones.
2. Los títulos y números de los párrafos son únicamente para referencia y deberán ignorarse en la interpretación de este Contrato.
3. A no ser que este Contrato indique explícitamente lo contrario, el singular incluye al plural y viceversa.
4. Este Contrato deberá ser interpretado de acuerdo a la intención de las Partes, los términos y condiciones acordadas bajo el presente Contrato y sus Anexos, y las disposiciones de las leyes aplicables.
5. Cualquier referencia en el presente Contrato a Cláusulas, Antecedentes y Anexos son referencias a Antecedentes y Anexos de este Contrato, a menos que su contexto lo requiera de otra manera.
6. En caso de cualquier discrepancia entre el cuerpo de este Contrato y cualquier Anexo, las disposiciones discrepantes serán interpretadas como complementarias entre sí en lugar de discrepantes, cuando esto sea posible, sin embargo, si la interpretación complementaria no es posible, los términos y disposiciones contenidas en sus Anexos, prevalecerán sobre el presente Contrato.

CLÁUSULA TERCERA: OBJETO.-

1. El Contratante contrata con SALUDSA el Financiamiento de la prestación de servicios de atención integral de salud prepagada, y SALUDSA se obliga a prestar tal Financiamiento a los Afiliados y/o sus Beneficiarios, a cambio del pago previo del precio por parte del Contratante, de conformidad con lo previsto en este Contrato y sus Anexos.
2. El detalle y el alcance de la Prestación Médica financiada se describe a continuación, esto no significa que se financiarán todas las Prestaciones Médicas ahí detalladas. Las Prestaciones Médicas serán aquellas detalladas en el Anexo No. 2 – Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Sanitarias.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

- **Renta por Hospitalización:** beneficio relacionado de manera directa con la hospitalización del Usuario. Para tal efecto las Prestaciones Médicas deberán necesitar el uso de los servicios Hospitalarios y la Atención Hospitalaria por un período mayor a las 24 horas de estancia.

ATENCIÓN AMBULATORIA

- **Consulta Médica en medicina general:** Cobertura de atención ambulatoria realizada por médico general, en prestadores de la Red de Servicios de Salud Afiliados según el Producto contratado. Incluye: elaboración de historia clínica, entrevista, examen físico, determinación de factores de riesgo, determinación de diagnóstico, prescripción de tratamiento, medidas educacionales y medidas sanitarias dirigidas.

- **Consulta Médica de especialidad:** Cobertura de atenciones ambulatorias realizadas por médicos especialistas, en prestadores de la Red de Servicios de Salud Afiliados según el Producto contratado.
- **Cobertura de Medicamentos prescritos en Atención Ambulatoria:** Medicamentos orales o parenterales usados para el tratamiento de una enfermedad diagnosticada en el servicio ambulatorio, que no requiere hospitalización y derivadas de consulta médica. Cobertura únicamente en farmacias afiliadas a la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados.
- **Consulta optométrica: / agudeza visual:** Se refiere a la atención médica por consulta externa, en áreas de oftalmología, que incluye la determinación de agudeza visual y según la cobertura, la elaboración de historia clínica, entrevista, examen físico, determinación de factores de riesgo, determinación de diagnóstico, prescripción de tratamiento, medidas educacionales, medidas sanitarias dirigidas.
- **Atención odontológica:** Atención médica ambulatoria, en áreas de odontología, que incluye la consulta para el diagnóstico oral, la elaboración de historia clínica, entrevista, examen físico, y según la cobertura contratada, procedimientos odontológicos de distinta índole, pudiendo incluir una o varias de las siguientes prestaciones:
 - Consultas odontología general
 - Consultas odontología especialidad
 - Aplicación de flúor (menores de 15 años)
 - Consulta con cirugía
 - Consulta con endodoncia
 - Consulta con implantología
 - Consulta con odontopediatría
 - Consulta con ortodoncia
 - Consulta con periodoncia
 - Consulta con rehabilitación oral
 - Examen clínico y diagnóstico
 - Fase higiénica (profilaxis)
 - Rayos-x (periapicales)
 - Urgencias u odontalgia* (alivio del dolor)
 - Remoción cálculos supragingivales por boca.
 - Resina en caries compleja
 - Resina en caries compuesta
 - Resina en caries simple
 - Extracciones pediátricas con anestesia
 - Extracciones pediátricas con movilidad
 - Pulpotomía en dientes temporales
 - Resina en temporales
 - Resinas en definitivos
 - Endodoncia en anteriores
 - Extracción con odontosección
 - Extracciones simples

- **Ambulancia terrestre nacional:** Corresponde al transporte medicalizado desde el sitio donde se produce la Emergencia Médica hasta el establecimiento de salud designado. El traslado es por evento y sus límites dependerá del Producto contratado.

OTRAS COBERTURAS

- **Laboratorio clínico y anatomopatológico:** Cobertura de exámenes que se realizan ambulatoriamente, relacionados a la sospecha diagnóstica y necesaria para determinar el cuadro clínico y la condición del paciente de acuerdo al Producto contratado y en la forma detallada en el Anexo No 2- Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.
- **Imagen:** Exámenes de imagen que se realizan ambulatoriamente, relacionados a la sospecha diagnóstica y necesarios para determinar el cuadro clínico y condición del paciente, de acuerdo al Producto contratado y en la forma detallada en el Anexo No 2- Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.

Las Prestaciones Médicas se financiarán siempre que cumplan con los requisitos establecidos en este Contrato y sus Anexos, y que estén basadas en evidencia médico-científica suficiente auditadas.

Los límites del Financiamiento, porcentajes de Copago, Deducible, número de Prestaciones Sanitarias, Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones por cada servicio y Prestación Sanitaria se detallarán en el Anexo No 2- Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas, que se aplicará a cada Producto contratado.

CLÁUSULA CUARTA: PLAZO DEL CONTRATO.-

El plazo del presente Contrato es de un año calendario contado desde la fecha de suscripción. El Contrato se renovará automáticamente por periodos anuales, sin que medie un documento por escrito entre las Partes, salvo que el Contratante manifieste su intención de no renovarlo con quince (15) días calendario de anticipación a la finalización del plazo inicial o de su respectiva renovación.

En caso de que el Contratante se encuentre en mora de sus obligaciones de pago por una o más cuotas, no se procederá con la renovación automática del presente Contrato, a menos que SALUDSA resuelva lo contrario.

CLÁUSULA QUINTA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO.-

1. Terminación anticipada por parte del Contratante: El Contratante podrá dar por terminado anticipadamente el Contrato por las siguientes causales:
 - a) Por el incumplimiento de las Obligaciones de SALUDSA, que se especifican en la Cláusula Décima Octava Obligaciones de SALUDSA;
 - b) Conforme lo previsto en el artículo 44 de la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor, el Contratante podrá dar por terminado anticipadamente el

presente Contrato en cualquier tiempo previa notificación por escrito a SALUDSA con por lo menos treinta (30) días calendario de anticipación.

- c) Si SALUDSA se liquida o se declara en quiebra.
2. SALUDSA podrá dar por terminado anticipadamente el Contrato por el incumplimiento de las obligaciones del Contratante, Afiliados y/o Beneficiarios en los casos que aplique, que se especifican a continuación:
 - a) Por resolución de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros en la que se determine la actuación de mala fe del Contratante y/o cualquiera de sus Usuarios, previa presentación del correspondiente reclamo administrativo por parte de SALUDSA.
 - b) Por incumplimiento del Contratante en el pago de las cuotas del precio, por tres (3) meses consecutivos, para lo cual SALUDSA notificará por escrito al Contratante por cualquier medio. Durante el periodo de mora, SALUDSA suspenderá el Financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, excepto para la que corresponda a Emergencia Médica, hasta cuando se produzca el pago de las cuotas adeudadas.
 - c) En caso de extinción de la persona jurídica del Contratante, no se producirá la terminación anticipada del Contrato, siempre y cuando, dentro de los treinta (30) días siguientes, al menos el ochenta y cinco (85) por ciento de los Afiliados y Beneficiarios contractuales, de común acuerdo, mediante instrumento notariado manifiesten su voluntad de permanecer al amparo de los derechos y obligaciones contractuales originarios.
 - d) Por cumplimiento del plazo contractual.

CLÁUSULA SEXTA: PRECIO.-

1. Las Partes fijan de común acuerdo como precio por los servicios contratados, la sumatoria de las Tarifas de cada uno de los Afiliados, según corresponda conforme a lo estipulado en el Anexo No. 7 Condiciones específico Producto de Cobertura Ambulatoria con cobertura Hospitalaria.
2. El Contratante se obliga con SALUDSA a pagar de manera anticipada el valor de los servicios de Financiamiento previstos en este Contrato, conforme la Tarifa aplicable al Producto contratado en el plazo determinado en el Anexo No. 7 Condiciones específico Producto de Cobertura Ambulatoria con cobertura Hospitalaria.
3. SALUDSA tendrá derecho a incrementar el precio transcurrido un año de la vigencia del Contrato inicial o de sus posteriores renovaciones. Sin embargo, en caso de que la siniestralidad del Producto contratado supere el porcentaje establecido en el Anexo No. 7 Condiciones específico Producto de Cobertura Ambulatoria con cobertura Hospitalaria, se deberá proceder conforme el mecanismo de revisión de siniestralidad especificado en dicho Anexo.
4. La revisión se sujetará a lo que establezca el común acuerdo de las partes.
5. El Contratante, Afiliado y/o Beneficiarios reconocen que el valor pagado satisface la oferta de Financiamiento de servicios de salud, sin que por el hecho de no utilizar el Financiamiento para las Prestaciones Sanitarias por el Contratante o

cualquiera de los Usuarios, tengan derecho el Contratante o cualquiera de ellos a reclamación y/o devolución y/o reducción alguna respecto de las cuotas pagadas o por pagar, según corresponda.

CLÁUSULA SÉPTIMA: RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.-

1. SALUDSA ha clasificado de acuerdo a criterios técnicos a la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados para otorgar el Financiamiento de las Prestaciones Médicas conforme se detalla en el Anexo No. 2 Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Médicas. Dicha clasificación estará disponible y podrá ser consultada por el Usuario a través de los canales telefónicos y otros canales electrónicos que SALUDSA pondrá a disposición del Usuario.
2. SALUDSA se reserva el derecho de modificar la clasificación de niveles y/o de dar de baja a cualquier prestador médico o entidad que pertenece a la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados, si así lo estima conveniente en cualquier tiempo. El Contratante, los Afiliados y/o Beneficiarios reconocen que la responsabilidad profesional por la prestación de estos servicios médicos es de cada prestador, por lo que deslinda a SALUDSA de cualquier responsabilidad al respecto

CLÁUSULA OCTAVA: CONDICIONES GENERALES PARA RECIBIR EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS.-

Para recibir el Financiamiento de las Prestaciones Sanitarias descritas en la Cláusula Tercera Objeto del Contrato y sus Anexos, en especial, el Anexo No 2 - Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas y Anexo No. 4 – Exclusiones, (i) el Contratante deberá estar al día en el pago de sus contraprestaciones y en el cumplimiento de sus obligaciones, (ii) el Contrato debe estar vigente, (iii) cumplir las condiciones específicas detalladas en la Cláusula siguiente y en los casos que aplique la Cláusula Décima Tercera Reembolso para la restitución de valores, y el proceso establecido en los Mecanismos de Financiamiento de Servicios de Salud Integral Prepagada.

En caso de que cualquiera de las disposiciones o condiciones estipuladas en el presente Contrato y sus Anexos no se cumplieren, SALUDSA no estará en la obligación de financiar las Prestaciones Sanitarias descritas.

El Contratante y/o Beneficiarios reconocen que el número de atenciones financiadas mensualmente en ningún caso son acumulables de un mes a otro, ni transferibles entre los Usuarios.

CLÁUSULA NOVENA: CONDICIONES ESPECÍFICAS PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS.-

Las Prestaciones Sanitarias contempladas en el Producto contratado se sujetarán a las siguientes disposiciones, además de las previstas en las demás cláusulas de este Contrato y sus Anexos:

1. El Financiamiento de Medicamentos aplicará siempre que los mismos hayan sido

- prescritos por un profesional de la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados, y consten en el vademécum establecido para el Producto, acorde a las guías de tratamiento.
2. Toda Consulta Médica y/o consulta odontológica se brindará exclusivamente previa cita concedida a través del mecanismo telefónico determinado por SALUDSA, que estará disponible en los canales web de la compañía.
 3. Las citas se concederán de acuerdo a los horarios de atención y disponibilidad de los respectivos integrantes de la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados.

En caso de que el Usuario no asista a la Consulta Médica concedida mediante el mecanismo telefónico determinado por SALUDSA, se entenderá como Consulta Médica asistida, para efectos del cálculo del número de Consultas Médicas a las que tiene derecho por mes, conforme el Anexo No 2- Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Médicas.

En caso de que cualquiera de las disposiciones o condiciones estipuladas en el presente Contrato y sus Anexos no se cumplieren, SALUDSA no estará en la obligación de financiar las Prestaciones Sanitarias descritas.

CLÁUSULA DÉCIMA: CONDICIONES CONTRACTUALES OBLIGATORIAS.-

1. Enfermedades Crónicas y Catastróficas sobrevinientes a la contratación: Las Enfermedades Crónicas y Catastróficas sobrevinientes a la celebración del presente Contrato, recibirán Financiamiento de conformidad al Producto contratado, su apareamiento posterior no ocasionará incrementos adicionales al precio durante la vigencia del Contrato, ni tampoco se negará la renovación del Contrato por este hecho.
2. Tarifa cero: Los Usuarios recibirán, con cargo al precio, prestaciones de Prevención Primaria, que se desarrollan durante la atención en la consulta médica cubierta y demandada por el Usuario, de acuerdo al ciclo de vida específico de cada Usuario, conforme lo determinado y regulado por la Autoridad Sanitaria Nacional. Estas prestaciones se realizarán de acuerdo a la tabla específica que SALUDSA pondrá a disposición de los Usuarios en sus canales web.
3. El Financiamiento de la atención de Emergencia Médica se realizará conforme lo estipulado en la Cláusula Undécima Atención de Emergencia Médica de este Contrato.

CLÁUSULA UNDÉCIMA: ATENCIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA.-

El Usuario recibirá, al momento del requerimiento del prestador, el Financiamiento de gastos médicos por Emergencia Médica, que corresponde exclusivamente el servicio de ambulancia terrestre a nivel nacional, conforme el monto establecido en el Anexo No. 2 Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Médicas.

En caso de que el Usuario se encuentre en mora en sus contraprestaciones económicas

recibirá el mismo Financiamiento conforme el monto establecido en el Anexo No. 2 Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Médicas y dentro del alcance estipulado en el inciso anterior.

Para el Financiamiento de la atención de Emergencia Médica en caso de accidentes de tránsito se aplicará la prelación de pagos establecida en la normativa nacional.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: MODALIDAD DE FINANCIAMIENTO.-

1. Los Usuarios solo podrán obtener el Financiamiento de las Prestaciones Sanitarias contratadas, las cuales serán exclusivamente brindadas por prestadores de la Red de Prestadores de Servicios de Salud Privados Afiliados y conforme a lo descrito en el Anexo No. 2 – Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.
2. En todo Financiamiento, según lo descrito en el Anexo No. 2 – Financiamiento/ Cobertura de Prestaciones Médicas, el Usuario asumirá los valores no financiados por SALUDSA, tales como: Valor No Financiado, Copagos, Deducible, Gastos Administrativos y valores asociados a Exclusiones específicas. Con la suscripción contractual el Contratante acepta el pago de estos gastos. En caso de que en la prestación del Producto contratado se aplique Deducible, el mismo deberá ser asumido por el Usuario en los primeros gastos médicos, hasta completar el monto total por persona y por año.
3. SALUDSA podrá celebrar convenios con Prestadores de Servicios Privados de Salud Afiliados a fin de facilitar el Financiamiento a favor de los Usuarios, de tal manera que se agilicen los procesos administrativos para brindar Financiamiento de las prestaciones de salud contratadas.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: REEMBOLSO.-

Los gastos incurridos por el Usuario podrán ser restituidos por SALUDSA, de conformidad a lo establecido en el Anexo No. 2 – Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Médicas, para lo cual será necesario que cumpla obligatoriamente con los siguientes requisitos documentales:

1. Factura original, que deberá contener el detalle de prestaciones, bienes y servicios recibidos, estar a nombre del Usuario, cumplir con todos los requisitos tributarios determinados en las leyes, reglamentos y demás normas correspondientes, sin errores de forma. En caso de que sea factura electrónica el Usuario entregará la clave de acceso de la misma y copia del Lenguaje de Etiquetado Extensible (XML), estas facturas deberán estar debidamente autorizados por el Servicio de Rentas Internas (SRI), caso contrario no serán consideradas como válidas. Toda factura deberá ser presentada en el plazo máximo de noventa (90) días calendario contados desde la fecha de emisión de la misma.
2. Copia simple de la historia clínica u hoja de emergencia en la que conste la información del paciente y de las Prestaciones Sanitarias.
3. En casos que el Usuario tenga otros planes de financiamiento de salud integral prepagada o seguros de asistencia médica y haya solicitado previamente la restitución en los mismos, deberá presentar a SALUDSA los requisitos señalados

anteriormente en copias simples más el original de la liquidación de reembolso, restitución de gastos médicos u otro similar entregado por dichas empresas. En caso de que el Usuario haya sido beneficiado de otra empresa de financiamiento de salud integral prepagada o seguro de asistencia médica, y solicite restitución por estos mismos gastos a SALUDSA y no notifique sobre este particular, se considerará como un acto de mala fe.

El Usuario entregará la información y documentación establecida en esta Cláusula de manera clara, precisa, completa y apegada a la verdad. Dicha documentación deberá ser entregada sin tachones ni enmendaduras.

El plazo para que se cubran los gastos incurridos por el Usuario será máximo de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la documentación completa, correctamente diligenciada y que cumpla con los requerimientos legales y contractuales, a satisfacción de SALUDSA.

En caso de terminación del Contrato el Usuario tendrá treinta (30) días calendario contados desde la notificación de la terminación para solicitar el reembolso de gastos por prestaciones efectivas durante la vigencia del Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS EN CASO DE DUPLICIDAD DE AMPARO.-

1. Habrá duplicidad de amparo cuando otra compañía que financie servicios de atención integral de salud prepagada y/o compañía de seguros esté al mismo tiempo prestando servicios de Financiamiento o amparo de seguros, respectivamente, sobre los mismos eventos, amparos o coberturas, independientemente de su naturaleza, que de cualquier forma el Contratante o cualquier Usuario tenga derecho a recibir un reembolso o indemnización, o, en general, un pago o cobertura. Esto también se aplicará cuando el Contratante o cualquier Usuario, tenga más de un contrato con SALUDSA.
2. En caso de duplicidad de amparos SALUDSA no podrá limitar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales a favor del Usuario, pero deberá aplicar las condiciones establecidas en el presente Contrato y sus Anexos.
3. Los gastos que no hayan sido financiados por el otro plan de financiamiento de salud integral prepagada o seguro de asistencia médica, serán financiados por SALUDSA en función del Anexo No. 2 - Financiamiento/Coberturas de Prestaciones Sanitarias, y no se encuentre detallado en el Anexo No. 4 - Exclusiones del Producto contratado, siempre y cuando los mismos tengan Financiamiento en el Producto contratado.
4. Para solicitar la coordinación de beneficios deberá presentar la información requerida en la Cláusula Décima Tercera Reembolso.
5. El resultado total de la coordinación de beneficios para SALUDSA, en ningún caso podrá ser superior al cien por ciento del Valor Cubierto en la prestación, conforme al financiamiento al que el Usuario tenga derecho por parte de

SALUDSA.

6. En caso de que el Usuario haya recibido Financiamiento por parte de otra empresa de financiamiento de salud integral prepagada o cobertura de seguro de asistencia médica por parte de una compañía de seguros, y solicite restitución por estos mismos gastos a SALUDSA, sin informarle de este hecho en forma previa, se considerará como un acto de mala fe del Usuario, y SALUDSA tendrá derecho a proceder conforme lo previsto en la Ley Orgánica y en este Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA.- RESPONSABILIDAD CIVIL Y ADMINISTRATIVA.-

1. SALUDSA será responsable de verificar que los prestadores de servicios de salud de la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados hayan: obtenido el permiso de funcionamiento otorgado por la Autoridad Sanitaria Nacional; aprobado la cartera de servicios ante dicha Autoridad; y registrado el título universitario de profesional de la salud o especialista, en el Ministerio de Salud Pública y en la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENESCYT).
2. La responsabilidad subsidiaria en los ámbitos civil y administrativo a la que se refiere la Ley Orgánica, dado que el Financiamiento de la prestación de servicios de salud es bajo la modalidad cerrada, ésta sólo aplicará en el caso de que SALUDSA incumpla con la obligación indicada en el numeral anterior, y siempre que un juez o autoridad competente declare la responsabilidad subsidiaria de SALUDSA y la sentencia o resolución hayan quedado ejecutoriadas, y en este último caso, además, hayan quedado en firme.
3. La responsabilidad subsidiaria se circunscribirá a los ámbitos civil y administrativo, y sólo la podrá declarar el juez en sentencia o autoridad competente en resolución, en caso que el prestador responsable no pague la indemnización que deba pagar al Usuario en forma oportuna, teniendo SALUDSA el derecho de repetir en contra del prestador médico.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MOVIMIENTOS DEL CONTRATO.-

El Contratante puede incluir y excluir a Afiliados de manera posterior a la suscripción del presente Contrato, para tal efecto deberá notificar a SALUDSA por escrito y presentar el correspondiente Formulario de Movimientos de Contrato y otros requisitos formales para cada caso en particular.

SALUDSA procederá a emitir la factura y brindar el Financiamiento a los Afiliados que se encuentren detallados en dicho Formulario de Movimientos, ya que se entiende que dichos Afiliados son los que tiene la relación con el Contratante y por lo tanto sujetos de cobertura conforme lo estipula este Contrato y sus Anexos.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.-

Sin perjuicio de las demás obligaciones descritas en el presente Contrato, el Contratante, Afiliados y los Beneficiarios, en forma solidaria, tendrán las siguientes obligaciones:

1. Cumplir oportunamente con todas las obligaciones contractuales y legales.

2. Actuar de buena fe a la hora de contraer las obligaciones contractuales y en todo momento durante su relación con SALUDSA.
3. Responder personalmente por sus actos y por la de los Afiliados y de los Beneficiarios, sin perjuicio de la responsabilidad que tiene cada uno de los Usuarios;
4. Cumplir con el pago al prestador médico de los valores no financiados por SALUDSA, tales como: Valor No Financiado, Copagos, Deducible, Gastos Administrativos, valores asociados a Exclusiones específicas y otros derivados de la atención médica para los Afiliados y/o los Beneficiarios.
5. Proporcionar a SALUDSA la información y datos detallados a continuación, tanto del Contratante como de los Afiliados y Beneficiarios, en el caso que aplique, sin perjuicio de otros que se pudieran solicitar: correo electrónico, número telefónico celular y convencional, dirección de domicilio y del lugar de trabajo, dirección para recibir notificaciones. El Contratante, Afiliado y/o Beneficiarios deberán notificar a SALUDSA cualquier cambio de información de contacto, en el término de diez (10) días hábiles desde que se produzca dicha modificación, caso contrario se entenderá que no hay modificaciones y será válida toda notificación que realice SALUDSA utilizando la última información reportada por el Contratante y/o Beneficiarios
6. Previo a cualquier Prestación Sanitaria, solicitar la cita por el canal telefónico establecido por SALUDSA.
7. Cumplir con todas las contraprestaciones económicas y mantener habilitado el método de pago elegido al momento de la suscripción de este Contrato o notificado posteriormente a SALUDSA en forma debida y siguiendo el procedimiento establecido en este Contrato. En caso de incumplimiento de esta obligación SALUDSA suspenderá el Financiamiento contratado, a excepción de la Emergencia Médica, de acuerdo a la Cláusula Undécima Atención de Emergencia Médica y el Anexo No. 4 - Exclusiones. Una vez que el Contratante, Afiliado y/o Beneficiarios cumplan con las contraprestaciones pendientes de pago, se restablecerá el Financiamiento de las Prestaciones Sanitarias generadas a partir de esa fecha.
8. No ocultar o falsear a la verdad sobre su estado y condición de salud, en especial sobre cualquier enfermedad, patología o condición de salud, tanto a los prestadores de servicios sanitarios o de salud, como a SALUDSA.
9. Cuidar de su salud y no realizar ningún acto que ponga riesgo a su salud y que comprometa su integridad o la agrave, y actuar en todo momento de buena fe, sin abusar del Financiamiento contratado con SALUDSA y sin generar Prestaciones Sanitarias o de salud innecesarias.
10. Presentar oportunamente y en forma completa las solicitudes de reembolsos, conforme lo previsto en este Contrato.
11. Colaborar en todo momento con SALUDSA en las auditorías y, en general, en cualquier información que SALUDSA requiera, en especial, para verificar el cumplimiento de las obligaciones del Contratante, Afiliados y/o Beneficiarios en este Contrato.

12. Las demás previstas en la Ley Orgánica y más normativa aplicable.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: OBLIGACIONES DE SALUDSA.-

Sin perjuicio de otras obligaciones descritas en el presente Contrato, SALUDSA tendrá las siguientes obligaciones:

1. Financiar las Prestaciones Sanitarias conforme lo descrito en este Contrato, en especial en sus Anexos.
2. Poner a disposición del Contratante, el detalle del Financiamiento por Prestaciones Médicas presentadas.
3. Contar con prestadores de servicios de salud para cubrir el Financiamiento contratado.
4. Notificar Usuario cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto del Financiamiento contratado, dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores al requerimiento realizado con toda la documentación que deba presentar en forma clara, completa y precisa.
5. Responder en el término máximo de diez (10) días hábiles contados a partir de la recepción del requerimiento por parte del Contratante sobre peticiones, consultas y quejas de recibidas por parte de SALUDSA.
6. Las demás previstas en la Ley Orgánica y más normativa aplicable.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: ACTUACIÓN DE MALA FE.-

1. En el caso de que SALUDSA presuma que existe actuación de mala fe del Contratante, Afiliado y/o Beneficiario o intención de causar cualquier tipo de defraudación presentará el correspondiente reclamo administrativo y/o cualquier otra acción legal que corresponda, y suspenderá el Financiamiento, hasta la resolución final de la acción legal.
2. En caso de que la resolución o sentencia sea favorable al Contratante, Afiliado y/o Beneficiario, previo el pago de las contraprestaciones económicas por el periodo de la suspensión del Financiamiento, SALUDSA deberá restituir al Usuario todos los valores por Prestaciones Médicas que deberían haber sido financiadas por este Contrato, bajo las condiciones estipuladas.
3. En el caso de que el reclamo administrativo con el que se alegue mala fe por parte del Contratante, Afiliado y/o un Beneficiario, sea favorable a SALUDSA, ésta podrá dar por terminado el Contrato en forma unilateral ya sea para el Contratante, Afiliado y/o para el Beneficiario que hubiere actuado de mala fe, no renovar este Contrato o negarse a suscribir un nuevo contrato.
4. SALUDSA tendrá el derecho de iniciar las acciones civiles, penales y/o por daños y perjuicios en contra del Contratante, Afiliado y/o Beneficiarios, conforme a la legislación aplicable, en especial, en caso de mala fe.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: LEGISLACIÓN APLICABLE.-

En todo lo no previsto de manera expresa en el presente Contrato las Partes se someten, supletoriamente, a lo dispuesto en la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que

Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, su reglamento; a la Ley Orgánica de Salud; y, a la Ley Orgánica de Defensa al Consumidor.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: NULIDAD PARCIAL.-

En caso de que una o más disposiciones estipuladas en este Contrato llegaren a ser declaradas inválidas, ilegales o inejecutables, respecto de cualquiera de las Partes, dicha nulidad, ilegalidad, o inejecutabilidad no invalidará el resto del Contrato, mismo que deberá seguir ejecutándose por las Partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.-

1. El Usuario procurará solucionar con SALUDSA de modo directo las potenciales controversias que surjan de la aplicación del Contrato, para lo cual, la Parte que se crea perjudicada planteará queja por escrito a la otra, en la que exprese su posición, dentro del término de siete (7) días hábiles, contado a partir de la negativa a cubrir el Financiamiento de las Prestaciones Sanitarias o del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del Contratante y/o Beneficiario. Si dentro del término de ocho (8) días hábiles, posteriores a la presentación de la queja, no se llegare a una solución amistosa, la Parte que se creyere perjudicada, quedará en libertad de plantear el reclamo administrativo correspondiente, en los términos previstos en la Ley Orgánica, otras acciones judiciales a que hubiere lugar, o mecanismo o procedimiento alternativos de solución de conflictos, a elección del actor.
2. En caso que SALUDSA resuelva solicitar la terminación anticipada del Contrato por presumir que el Contratante y/o uno o más de los Usuarios no ha actuado de buena fe a la hora de contraer obligaciones contractuales, deberá plantear su solicitud mediante reclamo en sede administrativa, pudiendo hacerlo en forma directa, sin cumplir con ningún proceso previo. En los demás casos, no estará obligado a presentar un reclamo administrativo, pudiendo acudir a cualquier vía que esté prevista en la legislación vigente.
3. En caso que las Partes resuelvan plantear un reclamo en sede administrativa, éste se sustanciará en la forma prevista en la Sección Segunda del Capítulo VI de la Ley Orgánica (artículos 41 al 46), normas que prevalecerán sobre las contantes en otros cuerpos legales por su especialización, conforme lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley Orgánica.
4. Si un Usuario acudiere a la Defensoría del Pueblo, conforme lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley Orgánica, lo hará para recibir orientación y asesoramiento respecto de la protección y tutela de sus derechos en el marco de lo establecido en la Ley Orgánica. La única vía de reclamo, además de la judicial, es la prevista en el numeral precedente de esta Cláusula.
5. Sin perjuicio de lo estipulado en los párrafos precedentes, las Partes acuerdan que, agotado el procedimiento administrativo, o, prescindiendo del mismo, según lo decida la Parte reclamante, toda controversia que surja entre ellas, derivada de la interpretación, ejecución, incumplimiento, terminación y/o liquidación del presente Contrato, la sustanciarán mediante acción judicial planteada ante los

jueces competentes del Distrito Metropolitano de Quito, para lo cual, en forma expresa y voluntaria, renuncian a su fuero y a su domicilio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CONTRATO INTEGRAL Y RENUNCIAS.-

Este Contrato (incluyendo los Anexos adjuntos) representa el total entendimiento y acuerdo entre las Partes en relación con cualquier asunto en él previsto.

La renuncia de cualquiera de las Partes a exigir el cumplimiento de cualquiera de las previsiones del presente Contrato no deberá ser considerada como una renuncia posterior o continua del incumplimiento.

La falta o demora en el ejercicio de cualquier medida mencionada no se entenderá como renuncia a la misma, tampoco se entenderá así el ejercicio parcial o individual de tales medidas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN.-

1. **DECLARACIÓN.-** El Contratante consciente de las obligaciones que contrae mediante la suscripción del presente Contrato declara que:
 - a) Ha leído y entiende todas las condiciones detalladas en este Contrato y en sus Anexos y manifiesta su aceptación con los mismos.
 - b) Ha sido informado de manera adecuada, veraz, clara oportuna, completa y precisa sobre los planes, productos, alcances, limitaciones, Financiamiento, condiciones de Financiamiento, exclusiones y demás particularidades establecidas anteriormente.
2. **ACEPTACIÓN.-** La firma del Contratante en el Formulario de Suscripción en este documento refleja la aceptación de las condiciones en las cuales se ha emitido el Contrato en su beneficio y el de los Beneficiarios.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: NOTIFICACIONES.-

1. El Contratante, Afiliado y/o Beneficiarios acepta recibir información, documentación y/o notificaciones en relación a la suscripción, Mecanismos de Financiamiento de Servicios de Salud Integral Prepagada, Financiamiento, coberturas, condiciones, Exclusiones, mora, entre otra, que se pueda generar en aplicación del presente Contrato y sus Anexos, mediante la utilización de vía telefónica o por cualquier medio, sean físicos o electrónicos, tales como, pero no limitados a: correo electrónico, mensajes de texto SMS, o similares, canales web, entre otros. Por lo que, es obligación del Contratante entregar los datos de contacto al momento de la suscripción del presente Contrato y de actualizarlos en forma permanente, en el caso que esta información cambie en algún momento, mientras el Contrato esté vigente. SALUDSA no se responsabiliza en el caso que el Contratante no reciba dichas notificaciones por no actualizar los datos o por no leer las mismas.
2. Las notificaciones que le corresponda recibir a SALUDSA serán entregadas en forma física en las oficinas más cercanas de la Compañía del domicilio del

Contratante.

3. Las notificaciones que le corresponda recibir al Contratante y/o Beneficiarios serán entregadas en forma física o electrónica en el lugar indicado por el Contratante en el Formulario de Suscripción de este Contrato. En el caso de los Beneficiarios, SALUDSA podrá remitir notificaciones alternativamente a la dirección que tenga registrada de cada uno de ellos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: MODIFICACIÓN DE CONTRATOS POR DISPOSICIÓN DE LA AUTORIDAD.-

El presente Contrato podrá ser modificado, conforme las disposiciones que al respecto emitan las autoridades de control, y, desde ya el Contratante acepta cualquier modificación al Contrato y sus Anexos, incluyendo el alcance del Plan, Producto contratado y contraprestaciones económicas de cualquiera de las Partes, sin limitación alguna. Para los efectos indicados, SALUDSA notificará al Contratante las nuevas condiciones contractuales, a través de los medios disponibles.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: SUSCRIPCIÓN.-

Para constancia de su conformidad con lo expresado en este Contrato y sus Anexos, las Partes, lo suscriben en cualquiera de las formas previstas en la legislación vigente.

El Contratante

Saludsa Sistema de Medicina Prepagada
del Ecuador S.A.

**CONTRATO TIPO
PLAN GRUPAL ESPECÍFICO
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA
SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA S.A.**

ANEXO No. 2

Financiamiento/Coberturas NACIONALES			
Prestaciones Médicas/Sanitarias Financiadas*	PRODUCTO COBERTURA AMBULATORIA		
Ambulatorias	Usuarios	Afiliado + Familia	<input type="checkbox"/>
	Número de Consultas Médicas en medicina general (mensual): Cobertura de Atención Ambulatoria realizada por médico general, en la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados según el Producto contratado. Incluye: elaboración de historia clínica, entrevista, examen físico, determinación de factores de riesgo, determinación de diagnóstico, prescripción de tratamiento, medidas educacionales y medidas sanitarias dirigidas.	Aplica	<input type="checkbox"/>
		más de 5	<input type="checkbox"/>
	Copago en Consulta Médica de medicina general.	No Aplica	<input type="checkbox"/>
	Entrega de Medicamentos prescritos en consulta de medicina general de acuerdo a vademécum**: Se refiere a la dispensarización de Medicamentos de acuerdo a la cobertura establecida.	Aplica	<input type="checkbox"/>
	Número de Consultas Médicas de especialidad (mensual): según el siguiente detalle: Pediatría, Ginecología	Aplica	<input type="checkbox"/>
		más de 5	<input type="checkbox"/>
	Entrega de Medicamentos prescritos en Consulta Médica de especialidad de acuerdo a vademécum**: Se refiere a la dispensarización de Medicamentos de acuerdo a la cobertura establecida.	Aplica	<input type="checkbox"/>
Copago en Consulta Médica de especialidad	No Aplica	<input type="checkbox"/>	
Financiamiento Prestación Odontológica	Monto para ambulancia terrestre nacional: Corresponde al transporte medicalizado desde el sitio donde se produce la Emergencia Médica hasta el establecimiento de salud designado. El traslado es por evento.	\$1 a \$50	<input type="checkbox"/>
		Servicio odontológico incluido en Producto: se refiere a la atención médica por consulta externa, en áreas de odontología, que incluye el diagnóstico oral y según la cobertura, la elaboración de historia clínica, entrevista, examen físico, procedimientos odontológicos de distinta índole.	Aplica
		Atención Dental opción B	<input type="checkbox"/>

PRESTACIONES ONDONTOLÓGICAS INCLUIDAS EN CADA PRODUCTO

ATENCIÓN DENTAL OPCIÓN B

PROCEDIMIENTOS	FRECUENCIA	COPAGO
Profilaxis	Ilimitadas	No Aplica
Una resina o una amalgama de hasta 5 superficies	Ilimitadas	No Aplica
Consulta de valoración	Ilimitadas	No Aplica
Extracción simple	Ilimitadas	No Aplica

La Red a la cual se hace referencia en este anexo de Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Médicas es únicamente la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados.

Todo Financiamiento cubierto en este Anexo se realizará únicamente en la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados, habilitados para este Producto y previa coordinación vía telefónica para el agendamiento de la respectiva Prestación Médica.

* El número de consultas médicas no son acumulables ni transferibles.

** **Entrega de Medicamentos de acuerdo a vademécum:** corresponde a la entrega de Medicamentos ambulatorios de acuerdo a diagnóstico, pertinencia, y bajo un listado específico de Medicamentos genéricos y de marca determinados para cada Producto. El listado de medicamentos los podrá consultar en la web: saludsa.com

Firma Contratante

**CONTRATO TIPO
PLAN GRUPAL ESPECÍFICO**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA**

SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A.

ANEXO No. 1 PLAN

CONDICIONES APLICABLES AL PLAN GRUPAL ESPECÍFICO

**1. FINANCIAMIENTO DEL CONJUNTO DE PRESTACIONES
SANITARIAS.**

1.1. FINANCIAMIENTO Y PRESTACIONES SANITARIAS.

- 1.1.1.** El Financiamiento del presente Plan permitirá recibir a los Usuarios el conjunto de Prestaciones Sanitarias que incluye los servicios de salud: consulta médica ambulatoria, entrega de Medicamentos, laboratorio clínico, y prestaciones de Emergencias Médicas, en relación a las coberturas médicas descritas en el objeto del contrato y en el Anexo No. 2 Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Médicas correspondiente.
- 1.1.2.** Las Prestaciones Sanitarias incluirán las de tarifa cero, entendidas como las prestaciones de Prevención Primaria, que se desarrollan durante la atención en la consulta médica demandada por el Usuario y se brindarán en relación a las coberturas médicas financiadas en este Producto. Estas prestaciones están calculadas en la nota técnica y se encuentran incluidas en el precio, de tal manera que no generan gastos adicionales para los Usuarios.
- 1.1.3.** El Financiamiento se aplicará de acuerdo Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones, Copago, Deducible, número de atenciones límites de cada Prestación Efectiva y Exclusiones, en función de cada Contrato y la descripción de sus correspondientes Anexos. En los casos en los que apliquen Deducible, el mismo será por evento.
- 1.1.4.** SALUDSA otorgará el Financiamiento siempre que exista la disponibilidad del servicio de salud en el lugar de la solicitud.
- 1.1.5.** El detalle de las prestaciones cubiertas por el Plan, sus contenidos, alcances y límites serán aquellas que están descritas en el Contrato y sus anexos.

2. MONTO MÁXIMO POR CONJUNTO DE PRESTACIONES, COPAGO Y DEDUCIBLE.

2.1 MONTO MÁXIMO POR CONJUNTO DE PRESTACIONES.

Es el número máximo de Prestaciones Sanitarias periódicas establecidas en el Producto a cuyo financiamiento el Usuario podrá acceder a través de los Mecanismos de Financiamiento de Servicios de Salud Integral Prepagada, conforme lo estipulado en el Contrato y en el Anexo No. 2 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.

2.2 COPAGO.

Es el monto que debe asumir el Usuario, dentro de toda Prestación Sanitaria cubierta, conforme lo estipulado en el Contrato y en el Anexo No. 2 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.

2.3 DEDUCIBLE.

Es el valor económico que dentro de los gastos médicos reconocidos por SALUDSA corre por cuenta de cada Usuario, su monto será establecido en el Anexo No. 2 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas y operará dentro de la vigencia del mismo.

3. MODALIDADES DE RELACIONAMIENTO CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y CONDICIONES PARA EL FINANCIAMIENTO.

3.1 Los Usuarios podrán acceder, exclusivamente, a la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados con los que SALUDSA mantiene relación comercial.

3.2 Este Plan está diseñado para brindar Financiamiento en modalidad cerrada y sus especificaciones se detallan en el Contrato Tipo y sus Anexos.

3.3 Los Usuarios deberán consultar la Red Prestadores de Servicios de Salud Afiliados, con relación comercial, que estará disponible en los canales telefónicos oficiales del producto ofertado por SALUDSA.

3.4 Para recibir el Financiamiento contratado el Usuario deberá estar al día en el pago de sus obligaciones.

4. PRECIO

El precio de cada Producto ofertado guardará relación con las notas técnicas y podrá ser ajustado luego de la vigencia de un año por mutuo acuerdo entre las partes, teniendo en cuenta, entre otros factores la siniestralidad de todos los afiliados al Plan. En ningún caso se modificarán los precios en consideración a la siniestralidad individual de algún afiliado.

5. OTRAS CONDICIONES DE FINANCIAMIENTO.

5.1 EMERGENCIA MÉDICA.

El Usuario recibirá, al momento del requerimiento del prestador, el financiamiento de gastos médicos por emergencia médica, que incluirá

exclusivamente el servicio de ambulancia terrestre a nivel nacional, conforme el monto establecido en el Anexo 2 Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Médicas.

6. TARIFA CERO.

- 6.1** La tarifa cero se entenderán conforme lo estipulado en el numeral 1.1.2 del presente documento, en las consultas médicas cubiertas.
- 6.2** La Prevención Primaria son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante la determinación de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.
- 6.3** Las prestaciones de tarifa cero se brindarán, en las consultas médicas cubiertas, de acuerdo al ciclo de vida, edad y sexo de los Usuarios y se ajustará a la normativa que para efecto dicte la Autoridad Sanitaria Nacional.



**CONTRATO TIPO
PLAN GRUPAL-ESPECÍFICO**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA**

SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A.

ANEXO NO. 3

DEFINICIONES

DEFINICIONES.-

Para los efectos de este Contrato, los siguientes términos con mayúscula inicial tendrán el significado que se especifica en este Anexo. Los títulos de las Cláusulas se incluyen con fines de referencia y de conveniencia únicamente, y en ningún caso afectarán la aplicación o interpretación de los mismos por cuanto se estará al texto completo de cada Cláusula y al propósito general de este Contrato. Las palabras técnicas o científicas que no se encuentren definidas expresamente en este Contrato tendrán los significados que les correspondan según la técnica o ciencia respectiva y las demás palabras se entenderán en su sentido natural y obvio, según el uso general de las mismas. Para efectos de este Contrato, se establecen las siguientes definiciones, las cuales podrán ser usadas tanto en singular como en plural.

Para los propósitos y fines del presente Contrato, los términos específicos empleados aquí tendrán el significado que a continuación se expresa.

- 1. Accidente:** Suceso imprevisto, traumático, causado por factores externos y repentinos, no provocado deliberadamente por el Usuario, que produzca una lesión orgánica o un daño funcional, permanente o temporal, que deba ser atendido dentro de las primeras 24 horas de ocurrencia. No se considerarán como accidente las complicaciones derivadas de un tratamiento o procedimiento médico.
- 2. Afiliados:** Es toda persona natural que tiene una relación de dependencia laboral o relación comercial de cualquier tipo con el Contratante
- 3. Atenciones Ambulatorias:** Son todas aquellas prestaciones de salud que se realizan sin necesidad de estancia hospitalaria.
- 4. Atenciones Hospitalarias:** Son todas aquellas prestaciones de salud de mayor complejidad que requieren hospitalización del paciente para ser realizadas, es decir, aquellas en las que el paciente permanezca justificada médicamente al menos veinte

y cuatro (24) horas en estancia.

5. **Beneficiarios:** Persona natural, cuya relación con el Contratante es de cónyuge o conviviente legal, hijos o hijastros, hermanos o padres, quienes recibirán el Financiamiento de las Prestaciones Sanitarias a su favor conforme lo descrito en el presente Contrato y Anexos aplicables.
6. **Consulta Médica:** Es la atención médica ambulatoria en medicina general, especialidad u odontológica realizada en la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados para determinar el estado de salud del Usuario, de acuerdo a la habitualidad en la práctica médica, y que no requieran hospitalización para ser realizadas.
7. **Contratante o Titular:** Toda persona natural o jurídica que celebra el presente Contrato para beneficio de sus Afiliados, Beneficiarios y/o para sí mismo en el caso que aplique.
8. **Copago:** Es el Monto que debe asumir el Usuario, dentro de toda Prestación Sanitaria cubierta luego de aplicar el Deducible conforme lo estipulado en este Contrato y en el Anexo No. 2 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas.
9. **Deducible:** Es el valor económico que dentro de los gastos médicos reconocidos por la empresa corre por cuenta de cada Usuario, su Monto será establecido en el Anexo No. 2 Financiamiento / Cobertura de Prestaciones Médicas y operará dentro de la vigencia del mismo. El deducible aplicará por evento.
10. **Emergencia Médica:** Toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, independientemente del lugar de su acontecimiento.
11. **Enfermedades Crónicas:** Son enfermedades de larga duración, de progresión lenta, que tengan una duración mayor a veinte (20) días en promedio, independientemente de si se encuentran bajo tratamiento o no y del número de reagudizaciones en un período de tiempo determinado.
12. **Exclusiones:** Son las Prestaciones Sanitarias, condiciones de salud y demás eventos que se encuentran expresamente no financiadas por SALUDSA al amparo del presente Contrato, y se detallan en el Anexo No. 4 Exclusiones.
13. **Financiamiento:** Es el valor económico que cubre SALUDSA respecto del valor total incurrido luego de aplicar el Deducible y las condiciones estipuladas en el Contrato de acuerdo a los Montos y límites establecidos, porcentajes de Copago, y

número de atenciones para cubrir las Prestaciones Sanitarias a través del Mecanismos de Financiamiento de servicios de salud integral prepagada.

14. **Gasto Administrativo:** Corresponde al costo del proceso operativo asumido por el Usuario, en cada liquidación de gastos médicos.
15. **Ley Orgánica:** Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica.
16. **Mecanismos de Financiamiento de Servicios de Salud Integral Prepagada:** Procesos administrativos que emplea SALUDSA para brindar el Financiamiento de las Prestaciones Sanitarias contratadas.
17. **Medicamento:** Fármaco prescrito por un profesional de la salud autorizado para hacerlo, que sea pertinente para el tratamiento, que se encuentre registrado en el vademécum farmacéutico utilizado por SALUDSA, tenga registro sanitario ecuatoriano y haya sido adquiridos en una farmacia autorizada.
18. **Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones:** Son los límites y sublímites a ser financiados a través del Mecanismos de Financiamiento de servicios de salud integral prepagada, para Prestaciones Sanitarias cubiertas, que puede estar representado en valor económico, porcentaje de Financiamiento respecto de ese valor, o número de prestaciones, el cual podrá estar determinado para una o varias prestaciones o condiciones específicas. Dichos límites y sublímites están incluidos en el Monto Máximo Establecido para el Producto, ya que no son valores adicionales. Una vez consumido este Monto se restablecerá de forma anual y por cada Usuario. No se sumarán entre sí aun cuando estén determinados por diferentes tipos de prestadores de servicios de salud.
19. **Plan:** Documento técnico legal que establece las reglas generales que pueden aplicar al Producto, Contrato y a sus anexos.
20. **Prestación Efectiva:** Todo procedimiento y/o servicio de atención de salud sustentada clínica y documentalmente, que se haya ejecutado a favor de un Usuario por parte de un prestador autorizado por la autoridad competente.
21. **Prestación Sanitaria o Prestación Médica:** Es la actividad o conjunto de actividades destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, recuperar y rehabilitar el estado de salud de las personas, que son brindadas por profesionales y establecimientos de servicios de salud, habilitados por la autoridad correspondiente, para el efecto, y de libre elección del paciente.

22. **Prevención Primaria:** Son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante la identificación de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes, que se realiza como parte de una consulta médica y se entenderán contenidas en la tarifa cero.
23. **Producto:** Es el conjunto de los servicios de Financiamiento para la atención de salud integral prepagada que estarán a disposición del Contratante y cuyas especificaciones están detalladas en el Contrato y sus anexos respectivos.
24. **Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados:** Es la red de prestadores de servicios de salud que tengan suscrito un contrato con SALUDSA. Está compuesta por los establecimientos prestadores de servicios de salud, profesionales de la salud, otros profesionales relacionados con la salud servicios farmacéuticos, de apoyo diagnóstico y terapéutico.
25. **Urgencia Médica:** Es todo estado patológico de rápida instauración y condiciones de salud o patologías derivadas de circunstancias imprevistas o inevitables que no ponen en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que generan la necesidad imperiosa de recibir atención de salud.
26. **Usuario:** Para efectos del presente Contrato se podrá usar el término de Usuarios para referirse al Contratante y a los Beneficiarios.
27. **Valor Excedente:** Es el Monto Económico no Financiado por SALUDSA por superar el Monto Máximo por Conjunto de Prestaciones.
28. **Valor No Financiado o No Cubierto:** Es la suma de los valores presentados por exclusiones y por valor excedente.
29. **Valor Presentado:** Monto total facturado por el prestador de un servicio de salud, por prestación efectiva. Que deberá ser remitido a SALUDSA para otorgar el respectivo Financiamiento.

**CONTRATO TIPO
PLAN GRUPAL-ESPECÍFICO**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA**

SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A.

ANEXO No. 4

EXCLUSIONES

El Usuario conoce y acepta que, el presente Contrato no incluirá el Financiamiento por parte de SALUDSA, de las Prestaciones Sanitarias contenidas en este Anexo, por lo tanto, SALUDSA no tendrá ninguna obligación de otorgar Financiamiento entendiéndose por este cubrir o restituir costos y gastos de esos servicios cuando sean producto de o a consecuencia de lo que se detalla a continuación:

1. Atenciones médicas sin previa cita.
2. Atenciones con prestadores que no integren la Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados y/o Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados Específicos.
3. Acumulación de beneficios o coberturas.
4. Medicamentos que no consten dentro del vademécum de este Producto y para el tratamiento de enfermedades crónicas, según el listado a continuación:

LISTA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS NO CUBIERTAS
1. Enfermedad Cardiovascular: Hipertensión Arterial Primaria, Hipertensión Arterial Secundaria, Cardiopatía Coronaria, Cardiopatía Isquémica, Infarto Agudo de Miocardio, Insuficiencia Cardíaca Crónica, Angina de Pecho
2. Diabetes Mellitus insulino y no insulino dependiente
3. Cáncer, Metástasis
4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma severo y recurrente, Enfisema
5. Obesidad: IMC > 30
6. Trastornos Tiroideos: Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Tiroiditis
7. Colitis Ulcerosa
8. Gastritis Crónica
9. Enfermedad de Crohn

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

5. Cualquier servicio, Medicamento e insumos adicionales a los señalados expresamente en este Contrato y sus Anexos.
6. Tratamientos de medicina natural, homeopática, ancestral, tradicional, bioenergética, experimental, colorimetría, moxibustión, así como aquellos brindados por especialidades médicas y otros tipos de tratamientos no reconocidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
7. Servicio de ambulancia aéreo o fluvial sean o no prestados por servicios de transporte y asistencia sanitaria debida y legalmente autorizados como tales por la autoridad competente

8. Servicio de ambulancia terrestre, que no sean prestados por servicios de transporte y asistencia sanitaria debida y legalmente autorizados como tales por la autoridad competente
9. Enfermedades, urgencias o accidentes causados y/o provenientes del uso o consumo de estupefacientes o psicotrópicos, tales como: alucinógenos y los estimulantes; así como, de otras sustancias cuyo consumo reiterado puede crear dependencia. Tratamientos ambulatorio u hospitalario de rehabilitación por alcoholismo y/o uso, consumo y abuso de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, así como sus consecuencias y complicaciones.
10. Emergencias, urgencias y/o accidentes causados como producto de la participación directa en actos calificados como faltas a la ley, contravenciones y/o delitos.
11. Daños causados a sí mismo (autoagresión) estando o no en uso de sus facultades mentales.
12. Atenciones médicas prestadas por personas naturales o jurídicas no acreditadas, calificadas y/o habilitadas por la autoridad competente para brindar dichas atenciones. Incluye personal complementario tales como, pero no limitados a: asesores, coaches, doulas, comadronas, parteras, shamanes, curanderos, fregadores, sobadores entre otros.