

CONDICIONES GENERALES PARA LA PRESTACION DEL PROGRAMA "FUTURO PROTEGIDO".

1. INTRODUCCIÓN

GEA brindará con el programa "FUTURO PROTEGIDO", a los **AFILIADOS** de dicho programa, los servicios de asistencia que forman parte integral del presente documento ante cualquier eventualidad las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año. Con tan solo una llamada a **GEA**, esta procederá inmediatamente a gestionar aquellos servicios necesarios para la atención y solución a cualquier problema, de acuerdo al alcance y limitaciones establecidas a continuación.

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

AFILIADO: Es la persona física inscrita al presente programa de asistencia, en calidad de titular o principal, quien podrá gozar de ciertos beneficios que serán únicos y exclusivos para éste, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente documento.

ACCIDENTE: Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales a un **AFILIADO**, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad) que ocurra a un **AFILIADO** durante la vigencia del presente documento.

ASEGURADORA: Compañía de seguros legalmente establecida y con capacidad de operar en la República del Ecuador, en la rama de vida y accidentes personales, con la cual **GEA**, a su sola discreción, contratará una póliza de seguro que ampare al **ASEGURADO**, a través de la contratación del programa de "FUTURO PROTEGIDO", con las coberturas mencionadas en el presente documento.

ATENCIÓN AMBULATORIA: Prestaciones médicas que no requieren **HOSPITALIZACIÓN**.

ASEGURADO: Es la persona física que figura como titular que tenga una cuenta de ahorros / corriente con el **BANCO** y que a su vez se encuentra inscrita al programa "FUTURO PROTEGIDO", es el **AFILIADO** en calidad de titular o principal siempre y cuando su afiliación al programa esté vigente al momento de producirse una situación de asistencia o cobertura contratada para efecto de seguros

BANCO: BANCO DEL PACIFICO.

BENEFICIARIOS: Se refiere al hijos dependientes inscritos por el **AFILIADO** menores de 21 años, que vivan permanentemente con el **AFILIADO** quienes podrán gozar de todos los servicios y beneficios, y de de los indicados en la póliza.

CAT: CENTRO DE ATENCION TELEFONICA de **GEA**, el cual es un espacio físico equipado con infraestructura humana y tecnológica propiedad de **GEA** que brinda las facilidades necesarias para que el **AFILIADO** y **ASEGURADO** se pueda contactar para obtener los diversos servicios contemplados en este documento.

CARENCIA: Es el periodo en el que el **AFILIADO** no puede acceder al servicio contemplados en el presente documento básicamente en Asistencia Exequial.

CADAVER: Cuerpo humano sin vida, cuyo deceso debe, para efectos jurídicos, estar certificado previamente a su inhumación o cremación por la autoridad médica o judicial competente.

CENIZARIO: Lugar destinado al depósito de la urna, que contiene las cenizas humanas resultantes de la cremación de un cadáver o de los restos óseos y/o restos humanos

CONSULTA EXTERNA: Es la oportunidad de acceder a la consulta médica en horarios normales de atención (lunes a viernes de 08h00 a 19h00) y los sábados de acuerdo a la disponibilidad de la **RED DE PRESTADORES**.

COFRE METALICO TIPO COPA: Féretro tipo metálico, acolchonado, forrado en tela, con vidrio en la parte superior frontal, tamaño estándar, con formas lineales, sin herrajes.

CSM: Centro de Servicios Médicos. Está conformado por personal especializado y capacitado para coordinar y autorizar los servicios médicos.

COPAGO: Es el valor que deberá ser cancelado o asumido por el **AFILIADO**, de acuerdo a los porcentajes de cobertura o de acuerdo al valor previamente establecido, este valor será cancelado directamente al **PRESTADOR** de la **RED DE PRESTADORES** de **GEA** al momento de la asistencia.

CREMACIÓN: Es el proceso de incineración de un **CADAVER**, por medio de calor en horno a alta temperatura.

CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES: Es el resumen donde constan los servicios y beneficios, con los Montos, eventos, Cobertura y coparticipación, del programa contratado programa **"FUTURO PROTEGIDO"**.

DEFUNCIÓN: Es la muerte o extinción de la vida de un ser humano que estuvo vivo.

EMERGENCIA MEDICA: Son sucesos inesperados causados al **AFILIADO**, cuya asistencia no puede ser demorada y requieren atención inmediata en clínicas y hospitales.

ENFERMEDAD: Alteración o desarmonización del sistema, opuesto a la salud, no causado por un **ACCIDENTE** o hecho fortuito.

EQUIPO MÉDICO: Es el personal médico y demás equipo asistencial contratado por **GEA**, y que se haya calificado y autorizado por las autoridades de salud públicas y/o Colegios Profesionales correspondientes, para prestar servicios de asistencia médica a un **AFILIADO**.

HIJO(A): Corresponde dependiente económico y **BENEFICIARIO** del **AFILIADO**, en edad comprendida entre los 6 y 21 años y que estén cursando en escuela o colegio.

INHUMACIÓN: Acción de enterrar un **CADAVER**.

LIBRE ELECCIÓN: Decisión del **AFILIADO** de utilizar libre y voluntariamente los servicios y beneficios médicos, dentales y Exequiales, sin la autorización de **GEA**, dentro o fuera de la **RED DE PRESTADORES**.

GEA: Asistencia Médica Especializada del Ecuador GEA ECUADOR S.A.

IVA: Impuesto al Valor Agregado.

MÉDICO GENERAL: Profesional de la medicina que realiza la evaluación y atención médica primaria; llámese también al médico residente.

MÉDICO ESPECIALISTA: Profesional Médico con estudios de postgrado en especialidades de la medicina reconocidas por ley, ya sea en PEDIATRIA, GINECOLOGIA, DERMATOLOGÍA, etc.

PRECIOS PREFERENCIALES: Son precios especiales para los afiliados en los procedimientos medicos no cubiertos o no considerados como beneficios a un menor valor que el mercado.

PROFESOR: Profesional de la educación avalado para prestar servicios educacionales.

RED DE PRESTADORES / PRESTADOR: Es la persona natural o jurídica y demás equipo asistencial de **GEA**, o subcontratado por **GEA**, apropiado para prestar servicios de asistencia al **AFILIADO** para el programa **"FUTURO PROTEGIDO"**, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en el presente documento.

RENDA: Ingreso económico que percibe un **BENEFICIARIO** de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en el presente documento

RESIDENCIA PERMANENTE: Corresponde al domicilio habitual permanente en la República de Ecuador, que manifieste tener un **AFILIADO** del programa “**FUTURO PROTEGIDO**”, o cualquier otro domicilio que el **AFILIADO** haya notificado con posterioridad a la suscripción del mismo en reemplazo del inicialmente reportado; domicilio que será considerado como el del **AFILIADO** para los efectos de los servicios de asistencia en materia del presente documento.

SALA DE EMERGENCIA: Es el servicio inicial de atención médica que ofrece un hospital o clínica.

REPRESENTANTE: Cualquier persona designada por el **AFILIADO** y/o familiar, que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los servicios de asistencia.

TANATOPRAXIA: Técnicas propias del manejo, preparación y conservación de cadáveres.

TERRITORIO NACIONAL: Para fines de este convenio y sus anexos, la República del Ecuador.

UNIDAD EDUCATIVA: Establecimiento educativo al cual el **HIJO(A)** del **AFILIADO** pertenece como alumno.

3. FECHA DE INICIO

Fecha a partir de la cual los servicios de “**FUTURO PROTEGIDO**” que ofrece **GEA** estarán a disposición del **AFILIADO**, ésta será a partir de las 48 horas de la suscripción al programa.

4. SEGMENTO DE CLIENTES

El programa “**FUTURO PROTEGIDO**” está diseñado para el segmento de clientes segmento titulares de una cuenta de ahorros / corriente con el **BANCO**.

5. TERRITORIALIDAD

Todos los servicios que se detallan en el presente documento, se prestarán a nivel nacional en las ciudades capitales o principales de cada provincia en los lugares donde **GEA** tenga **RED DE PRESTADORES** en la ciudad de **RESIDENCIA PERMANENTE** del **AFILIADO**, de acuerdo a lo indicado en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**, se excluye la provincia de Galápagos.

6. SERVICIOS

Los servicios detallados a continuación se prestarán a beneficio del **AFILIADO** e **HIJO(A)**, de acuerdo a lo establecido en el presente documento. Si los servicios excedieren el límite del monto máximo o del número máximo de eventos por cada periodo de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y lo pague de sus propios recursos en forma inmediata y directa al **PRESTADOR** y éste debe entregar la factura respectiva por el excedente del servicio prestado.

6.1 APOYO ESTUDIANTIL.

En caso que el **AFILIADO** lo requiera, **GEA** brindará los servicios de APOYO ESTUDIANTIL a beneficio del **HIJO(A)**, a través de la **RED DE PRESTADORES** de **GEA**, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente documento.

A) ORIENTACIÓN ESTUDIANTIL TELEFÓNICA.

En caso que el **HIJO(A)** del **AFILIADO** necesite de la asesoría de un **PROFESOR**, **GEA** brindará una orientación telefónica por intermedio de un **PROFESOR** en la materia requerida, respecto a conceptos, contenidos y bibliografías, con la finalidad de dar las pautas para que el **HIJO(A)** del **AFILIADO** pueda investigar y ampliar sus conocimientos.

B) SERVICIO DE PROFESOR A DOMICILIO EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD DEL ESTUDIANTE.

En caso que el **HIJO(A)** del **AFILIADO**, sufra alguna **ENFERMEDAD** o **ACCIDENTE** que le impida movilizarse a su **UNIDAD EDUCATIVA** y necesite del servicio de un **PROFESOR**, **GEA** gestionará y referirá un **PROFESOR** particular, calificado en la materia requerida ya sea para nivelación de conocimientos, asesoría en elaboración de tareas o preparación para examen. Los honorarios del **PROFESOR** serán asumidos por **GEA**. Este servicio se prestará a partir del 3er día de imposibilidad de asistir a clases de acuerdo al certificado médico del **IESS** que confirme la **ENFERMEDAD** o **ACCIDENTE** del **HIJO(A)** del **AFILIADO** y el cual deberá presentarse al **PROFESOR** antes de brindar el servicio, este servicio se brindará en el horario comprendido de 14h00 a 18h00 de lunes a viernes y 10h00 a 18h00 los días sábados. Las sesiones de **PROFESOR**, tendrán un máximo de duración de 1 hora diaria.

SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR POR EMERGENCIA

En caso que el **HIJO(A)** del **AFILIADO**, necesite un traslado particular, calificado y seguro para emergencias de atrasos o regreso a casa, se entiende como emergencia de atrasos aquellas situaciones o sucesos no esperados que causen atraso al **HIJO(A)** del **AFILIADO** para el trayecto desde la **RESIDENCIA PERMANENTE** hasta la **UNIDAD EDUCATIVA** y viceversa, como por ejemplo: a) El servicio de transporte escolar contratado para el **HIJO(A)** del **AFILIADO** y que no haya cumplido su recorrido habitual o durante su traslado el transporte escolar sufra alguna **FALLA MECANICA** o **AVERIA** que imposibilite continuar el servicio., b) En caso que el **HIJO(A)** del **AFILIADO** debe tenga que salir de la **UNIDAD EDUCATIVA** por **ENFERMEDAD** que no le permita finalizar su jornada escolar. **GEA** proporcionará la coordinación del mismo, los costos para la prestación del servicio se brindarán de acuerdo a lo establecido en **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**. Queda entendido que los servicios establecidos en este punto se prestarán únicamente para el trayecto desde la **RESIDENCIA PERMANENTE** hasta la **UNIDAD EDUCATIVA** y viceversa. Para la prestación de este servicio, el **HIJO(A)** del **AFILIADO**, debe ser acompañado en todo momento por el **REPRESENTANTE** o persona autorizada por sus padres o tutores. Este servicio se brindará con cobertura sin límite, hasta 3 eventos por año, **COPAGO** \$5 dólares por evento.

D) SERVICIO DE MENSAJERIA INMEDIATA POR EMERGENCIA.

En caso que el **HIJO(A)** del **AFILIADO** necesite retirar o enviar algún documento ya sea deber, trabajo, libro, o cualquier otro olvido, **GEA** prestará servicio de envío / retiro de los mismos, desde la **RESIDENCIA PERMANENTE** a la **UNIDAD EDUCATIVA** o viceversa. Los costos para la prestación del servicio se brindarán de acuerdo a lo establecido en **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**. Este servicio no se prestará en caso de que el trabajo anteriormente mencionado pese más de 20 libras o tenga dimensiones que excedan los 100 centímetros. Este servicio se brindará con cobertura sin límite, hasta 3 eventos por año, **COPAGO** \$5 dólares por evento

E) REPARACIONES DE DAÑOS A TERCEROS COMO RESULTADOS DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS.

En caso de daños a terceros como consecuencia de las prácticas deportivas del **HIJO(A)** del **AFILIADO** tales como fútbol, vóley, basket, que afecte la integridad de las instalaciones dedicadas para tal efecto, **GEA** coordinará la asistencia que sea necesaria para reparar o cubrir dicho daño. Este servicio se brindará con cobertura desde \$50 hasta \$500 Dólares, hasta 3 eventos por año.

Exclusiones del servicio responsabilidad civil: Quedan excluidas de la presente cobertura: i) Cuando el **HIJO(A)** del **AFILIADO** se encuentre, en el momento en que ocurra el **ACCIDENTE**, en estado de ebriedad o bajo el efecto de enervantes, estupefacientes o psicotrópicos. ii) Cuando el lugar donde se realiza la práctica deportiva no sea apta para realizar dicha práctica, tales como calles o avenidas de circulación de vehículos, ciudadelas cerradas que no tengan los espacios deportivos respectivos, iii)Espacios físicos cerrados por materiales no aptos para este tipo de instalaciones tales como vidrio.

F) TRASLADO MÉDICO TERRESTRE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DURANTE LA PRÁCTICA DEPORTIVA.

En caso que el **HIJO(A)** del **AFILIADO** como consecuencia de **ACCIDENTE** durante la práctica deportiva tales como fútbol, vóley, basket que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización, y previa autorización del **EQUIPO MÉDICO** de **GEA**, **GEA** coordinará y cubrirá el servicio del traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, en caso de no existir, **GEA** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

G) SALA DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DURANTE LA PRÁCTICA DEPORTIVA.

En caso que el **HIJO(A)** del **AFILIADO** requiera atención como consecuencia de un **ACCIDENTE** durante la práctica del deporte tales como fútbol, vóley, basket y que le provoque lesiones o traumatismos, **GEA** lo asistirá en la **SALA DE EMERGENCIA** de una clínica, hospital o centro de salud de la **RED DE PRESTADORES**. El servicio se dará exclusivamente en **ATENCIÓN AMBULATORIA**, y se considerarán terminados los beneficios de esta asistencia, una vez que se establezca y controle la condición de **EMERGENCIA MÉDICA** del **HIJO(A)** del **AFILIADO**, al expedirse el alta del servicio de urgencia o de hospitalización únicamente por la causa que da origen a la solicitud de atención. **GEA** no será responsable por el resultado de las gestiones y tratamientos realizados por los profesionales médicos que presten el servicio.

Este servicio incluye:

- a. Derecho de Emergencia
- b. Atención de Emergencia
- c. Atención de **MÉDICO GENERAL**
- d. Atención de Médico Traumatólogo
- e. Valoración Clínica por médico traumatólogo
- f. Exámenes de Laboratorio básico
- g. Exámenes de imágenes:
 - i) Radiografía simple en zona de trauma: 1 placa por evento;
 - ii) Ecografía abdomino -pélvica: 1 estudio por evento
- h. Exámenes complementarios: Tomografía simple de cráneo
- i. Medicamentos de Emergencia i) Analgésicos (dolor): dosis inicial; ii) Anti-inflamatorios (inflamación): dosis inicial; iii) Antipiréticos (fiebre): dosis inicial
- j. Material de uso médico: yeso, watta y venda
- k. Equipo y material de sutura

Exclusiones de la asistencia médica y de hospitalización: Quedan excluidos del presente servicio los siguientes: i) Costos de prótesis, lentes de contacto y/o anteojos, aparatos auditivos, dentaduras, cirugías plásticas, revisiones de salud periódicas "check up" o rutinarias; ii) Servicios de enfermería fuera del hospital; iii) Tratamientos de rehabilitación de cualquier tipo; iii) Estudios de laboratorio o gabinete programados a partir del alta del consultorio o servicio de urgencias en la primera y única visita cubierta; iv) Cuando el **HIJO(A)** del **AFILIADO** se encuentre, en el momento en que ocurra el **ACCIDENTE**, en estado de ebriedad o bajo el efecto de enervantes, estupefacientes o psicotrópicos.

6.2 ASISTENCIA EXEQUIAL

Los servicios de ASISTENCIA EXEQUIAL se otorgarán a consecuencia del fallecimiento del **AFILIADO** ya sea por muerte accidental o natural, siempre y cuando ocurra dentro de la vigencia del servicio. El servicio se dará exclusivamente a través de la **RED DE PRESTADORES EXEQUIALES** de **GEA**, tanto para ceremonia funeraria, **INHUMACIÓN** o **CREMACIÓN**.

Para los servicios de Asistencia Exequial se aplicará una **CARENCIA** de 48 horas por muerte accidental y 30 días por muerte natural. El servicio se prestará según lo indicado en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** y son los siguientes:

A) ASISTENCIA FUNERARIA

Corresponde a los servicios exequiales al momento de declararse el fallecimiento del **AFILIADO**, comprenden los siguientes beneficios:

I. ASESORÍA EN TRÁMITES LEGALES: Se asistirá y asesorará a los familiares en los trámites legales de **DEFUNCIÓN** e **INHUMACIÓN**, ante las Autoridades competentes dentro del **TERRITORIO NACIONAL**

II. ARREGLO DEL CUERPO: Comprenderá el Servicio de **TANATOPRAXIA** y además: la afeitada (hombre) y maquillaje.

III. COFRE MORTUORIO: Se proveerá de un **COFRE TIPO COPA**, en caso de que el familiar solicite otro tipo de cofre, los gastos excedentes correrán de parte del familiar.

IV. AVISO DE FALLECIMIENTO: Corresponde a la comunicación que realizará **GEA** vía telefónica, a familiares y amigos dentro del **TERRITORIO NACIONAL**, indicando el deceso del **AFILIADO** "registrado", siempre y cuando los familiares proporcionen la información necesaria para dar el aviso.

V. TRASLADO A LA SALA DE VELACIÓN: Se trasladará al **AFILIADO** que falleció hasta la Sala de Velación o lugar donde será velado el cuerpo, el traslado será por vía terrestre.

VI. SERVICIO DE VELACIÓN: Este servicio se dará por 24 horas en un solo lugar previamente definido por los familiares. Por decisión del familiar se puede dar servicio de Capilla ardiente en el domicilio del familiar.

VII. LIBRO O REGISTRO RECORDATORIO: Se proveerá del libro u hojas membretadas, para registrar los nombres, firmas y/o mensajes de los asistentes al servicio exequial.

VIII. OTROS SERVICIOS EN LA VELACIÓN: Comprende la entrega de 3 arreglos florales; servicio de café y aguas aromáticas hasta 100 tasas, en la Sala de Velación. El servicio religioso se dará de acuerdo al culto que tenía el **AFILIADO** "registrado".

IX. TRASLADO AL CAMPOSANTO: Se hará por medio de personal a pie, carroza, u otro medio, de acuerdo a la distancia e infraestructura disponible en la zona donde se realizarán los servicios exequiales.

X. SERVICIO DE CREMACIÓN: Por decisión de la familia, se dará el servicio de **CREMACIÓN**, de ser así, queda excluido el beneficio de la Asistencia en el Campo Santo, es decir está contemplado solo uno de los dos servicios. Las cenizas se entregarán en un **CENIZARIO**. En caso de cremación no se prestará el nicho.

B) ASISTENCIA EN EL CAMPO SANTO

Corresponde a los trámites y servicio de **INHUMACIÓN** que se realizará de acuerdo al siguiente beneficio:

I. ESPACIO EN EL CAMPO SANTO

Comprende la provisión de bóveda, o nicho en el cementerio de la **RED DE PRESTADORES**. Este servicio se prestará en alquiler por 4 años. No está contemplado el espacio en el Campo Santo para ubicación de **CENIZARIO**. **GEA** no se responsabiliza por los gastos en los trámites o servicios de **EXHUMACIÓN**, así también en lo referente a la documentación necesaria para hacerlo. Esto correrá a cuenta de los familiares. Al finalizar el servicio de alquiler del espacio en el Cementerio, los familiares deberán hacer las gestiones y asumir los valores para la renovación del espacio en el Campo Santo o la compra definitiva de la bóveda o nicho.

C) ASISTENCIA LEGAL POST EXEQUIAL

Corresponde el asesoramiento legal telefónico al familiar del **AFILIADO** que falleció. Este servicio se dará en los siguientes casos:

I. HERENCIAS

Respecto a los bienes dejados por el **AFILIADO** que falleció.

II. TIPO DE MUERTE

Respecto a las acciones legales que debe tomar el familiar dependiendo de las situaciones que provocaron el deceso.

III. MONTEPIO

Respecto a la información de las acciones que debe tomar el familiar para realizar los trámites ante el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, siempre y cuando el **AFILIADO** que falleció haya estado afiliado.

IV. SEGURO DE VIDA

Respecto a los pasos y acciones que debe seguir el familiar ante la Compañía de Seguros, en caso que el **AFILIADO** que falleció haya tendido una póliza de seguro de vida.

EXCLUSIONES DE LA ASISTENCIA EXEQUIAL

a) Fallecimiento provocado por enfermedades preexistentes, conocidas o no por el **AFILIADO** que falleció, y diagnosticadas o no por un médico.

b) Fallecimiento ocurrido por fenómenos de la Naturaleza, de carácter extraordinario tales como y no limitados a, inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, maremotos y tempestades.

c) Los servicios contratados o gastos realizados por el familiar a **LIBRE ELECCIÓN**.

- d) Fallecimientos causados por suicidio, mala fe, o en la actuación de actividades dolosas e ilícitas.
- e) Cuando el familiar o **REPRESENTANTE** del **AFILIADO** que falleció no presente los documentos habilitantes, o utilice documentos falsos o alterados.
- f) Hechos derivados de terrorismo, motín, asonada o tumulto popular.
- g) Fallecimiento ocurrido por realización de actividades peligrosas como las Militares, Policiales y relacionadas, así también por práctica de deportes peligrosos y/ o extremos.
- h) Compensaciones económicas por la no utilización de una parte o la totalidad de los servicios descritos como beneficios en este documento.
- i) Decesos dentro del periodo de **CARENCIA**.

6.3 CONTROL HIJO SANO.

En caso que el **AFILIADO** lo requiera, **GEA** brindará los servicios de CONTROL HIJO SANO a beneficio del **HIJO(A)**, a través de la **RED DE PRESTADORES** de **GEA**, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente documento.

A) ORIENTACION MÉDICA TELEFONICA

Corresponde a la atención médica telefónica, mediante profesionales en Medicina General, para asesorar, orientar al **AFILIADO** a beneficio de su **HIJO(A)** sobre inquietudes médicas, actividades de promoción y educación para la salud.

B) CHEQUEO SEMESTRAL CON MEDICO.

Prevía solicitud del **AFILIADO** a beneficio de su **HIJO(A)**, **GEA** a través del **CSM** agendará las citas en **CONSULTA EXTERNA** o de acuerdo a la necesidad de atención, dentro de la **RED DE PRESTADORES**, de acuerdo a lo indicado en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**, con los términos establecidos a continuación

I) CONSULTA CON EL PEDIATRA (4-12 AÑOS)

Corresponde a la atención médica en **CONSULTA EXTERNA** con un **PEDIATRA**. La consulta médica se dará en los Centros Médicos de la **RED DE PRESTADORES**. Éste servicio se prestará de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente documento.

En caso que el **AFILIADO** requiera una consulta médica con un médico adscrito a una Clínica, Hospital o consultorio particular, el servicio se dará a **PRECIOS PREFERENCIALES**.

II) CONSULTA CON MÉDICO GENERAL. (13-18 AÑOS)

Corresponde a la atención médica en **CONSULTA EXTERNA** con un **MÉDICO GENERAL**. La consulta médica se dará en los Centros Médicos de la **RED DE PRESTADORES**. Éste servicio se prestará de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente documento.

En caso que el **AFILIADO** requiera una consulta médica con un médico adscrito a una Clínica, Hospital o consultorio particular, el servicio se dará a **PRECIOS PREFERENCIALES**.

C) CONSULTA GINECOLÓGICA

Prevía solicitud del **AFILIADO** a beneficio de su **HIJO(A)**, requiera la atención médica en **CONSULTA EXTERNA** con un **GINECOLÓGO (A)**. La consulta médica se dará en los Centros Médicos de la **RED DE PRESTADORES**. Éste servicio se prestará a través de un **COPAGO**, de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente documento.

D) CONSULTA DERMATOLÓGICA

Prevía solicitud del **AFILIADO** a beneficio de su **HIJO(A)**, requiera la atención médica en **CONSULTA EXTERNA** con un **DERMATOLÓGO (A)**. La consulta médica se dará en los Centros Médicos de la **RED DE PRESTADORES**. Éste servicio se prestará a través de un **COPAGO**, de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente documento.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA CONTROL HIJO SANO

- a. Quedan excluidas las Consultas con Médicos Especialistas y Exámenes de diagnóstico y otros, con fines estéticos, problemas o alteraciones de nutrición tales como anorexia o bulimia.
- b. Los insumos médicos y materiales utilizados en las consultas médicas (en caso de ser requerido por el médico) no están contemplados dentro del valor del **COPAGO** los mismos serán cancelados por el **AFILIADO** a beneficio de su **HIJO(A)**.
- c. Reembolsos de gastos médicos y servicios realizados a **LIBRE ELECCIÓN**.

E) AMBULANCIA POR EMERGENCIA MÉDICA O ACCIDENTE.

GEA gestionará y cubrirá el servicio de traslado médico en ambulancia terrestre a través de su **RED DE PRESTADORES**, hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, en caso de no existir, **GEA** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos de la localidad, de acuerdo a lo establecido en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** con los términos y limitaciones; este servicio aplica siempre y cuando el **HIJO(A)** del **AFILIADO** se encuentre dentro de su jornada estudiantil, viajes escolares, y/o actividades extracurriculares de la escuela o colegio. Este servicio incluye:

I) TRASLADO MÉDICO TERRESTRE LOCAL

Corresponde al servicio de traslado médico terrestre cuando el **HIJO(A)** del **AFILIADO** tenga una **EMERGENCIA MÉDICA** o **ACCIDENTE**, y requiera ser trasladado dentro de una ciudad o localidad al Centro Hospitalario más cercano.

II) TRASLADO MÉDICO TERRESTRE NACIONAL

Corresponde al servicio de traslado médico terrestre cuando el **HIJO(A)** del **AFILIADO** tenga una **EMERGENCIA MÉDICA** o **ACCIDENTE**, y requiera ser trasladado de una localidad a otra, al Centro Hospitalario más cercano. (Se excluye Galápagos).

6.4 POLIZA DE VIDA.

En caso de fallecimiento del **AFILIADO**, **GEA** gestionará con **LA ASEGURADORA** contratada el importe de la **RENTA** a beneficio del **HIJO(A)** del **AFILIADO** que falleció, sustraído de acuerdo a las coberturas establecidas en el presente documento, La finalidad de este seguro es asumir el riesgo de muerte del **ASEGURADO**, cualquiera que sea su causa e indemnizar al **BENEFICIARIO**, mediante el pago de una renta mensual destinada a cubrir sus gastos de educación y/o manutención.

BENEFICIARIO

Por expresa decisión de los **ASEGURADOS**, el **BENEFICIARIO** es el estudiante quien recibirá el importe de la indemnización en caso de **SINIESTRO**. Para adquirir esta categoría el **BENEFICIARIO** debe ser el **HIJO (A)** del **ASEGURADO** o ser el representado legalmente por el **ASEGURADO**.

PERÍODO EDUCATIVO CONTRATADO

Es el tiempo durante el cual, cumpliendo con las especificaciones de la póliza, existe cobertura para el **ASEGURADO**. En esta Póliza este periodo **es hasta el final del bachillerato** de cada **BENEFICIARIO**. Este periodo está consignado en el listado de **Beneficiarios y Valores Asegurados** que forma parte de la póliza. Este periodo corresponde, al tiempo transcurrido desde el año lectivo que cursa actualmente el **BENEFICIARIO**, hasta que, estudiando el **BENEFICIARIO** todos los años y no perdiendo ninguno terminaría el bachillerato.

RENTA

US\$ 500,00 mensuales para todos y cada uno de los **BENEFICIARIOS** registrados en la póliza. Este es el importe mensual que recibirá el **BENEFICIARIO** desde la muerte del **ASEGURADO** hasta el final del Período Educativo Contratado. Si un asegurado hubiese registrado varios alumnos dependientes, la renta se pagará por todos y cada uno de ellos.

PERÍODO DE INDEMNIZACIÓN

Es el tiempo que transcurre desde la muerte del **ASEGURADO** hasta el fin del periodo educativo contratado

LÍMITE ASEGURADO Y VALOR ASEGURADO

Individualmente considerado para cada **BENEFICIARIO**, este límite debe entenderse como la suma de la renta por el número de años del periodo educativo contratado y por doce. Este valor se denomina límite máximo puesto que cada mes que transcurre de la vigencia sin que ocurra el siniestro va disminuyendo en una renta cada mes. El Valor asegurado Inicial, es el valor presente del límite, deflactado con la Tasa de Interés Técnica.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La póliza tiene una vigencia anual con renovaciones anuales garantizadas, hasta la culminación del periodo educativo contratado del último **BENEFICIARIO** incluido. Dado que la prima se ha establecido individualmente para cada **BENEFICIARIO** por todo el periodo educativo contratado, la vigencia de la póliza, individualmente considerada tendrá inicio en el instante en que se suscribe la póliza o se incluye un nuevo **BENEFICIARIO** con su **ASEGURADO** correspondiente, se pague la prima correspondiente y terminará al fin del periodo educativo contratado. Estos periodos están determinados en el listado correspondiente y que se adhiere a ésta póliza.

EXTENSIÓN DE VIGENCIA

El solicitante con una antelación no menor a 30 días podrá solicitar cada año y por escrito la extensión de la vigencia por un periodo adicional y la **ASEGURADORA** se compromete a otorgarla en los mismos términos y condiciones, mientras el solicitante cumpla con todas las obligaciones que emanan de este contrato de seguros.

NOTIFICACIÓN DE SINIESTROS

El solicitante o los **REPRESENTANTES** del **ASEGURADO** deberán avisar a la **GEA** y esta se encargará de notificar a la **ASEGURADORA**, la ocurrencia del siniestro en un plazo no mayor a 60 días de ocurrida la muerte. El incumplimiento de esta obligación privará al **BENEFICIARIO** el derecho de la indemnización.

PLAZOS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El solicitante o los **REPRESENTANTES** del **ASEGURADO** deberán, en caso de siniestro, probar la ocurrencia de la muerte del **ASEGURADO** y la cuantía de la indemnización, mediante la entrega en las oficinas de **GEA** y está a la **ASEGURADORA**, de los originales de los siguientes documentos:

- Formulario de Reclamación suministrado por la **ASEGURADORA**,
- Certificado de defunción, protocolo de la autopsia si la muerte fue accidental y
- Certificación de estudios del **BENEFICIARIO(S)**, donde conste el año lectivo que está cursando en la fecha de la muerte.

La **ASEGURADORA** deberá pagar al **BENEFICIARIO** o a sus **REPRESENTANTES LEGALES** dentro de un plazo máximo de 45 días contados a partir de la notificación, como se establece la póliza.

CESIÓN DE LA PÓLIZA

La póliza no podrá cederse ni endosarse sin previo conocimiento y autorización por escrito de la **ASEGURADORA**

PÉRDIDA AL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN

La póliza no tendrá efecto y el **BENEFICIARIO** perderá el derecho a la indemnización en los siguientes casos:

- Falta de pago de las Primas,
- Mala fe de quienes participan en la demostración de la ocurrencia del siniestro y de la cuantía de la indemnización,
- Extemporaneidad en el aviso del siniestro, Cesión o Endoso no autorizado y cualquier exclusión de póliza prevista en la ley.

7. CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES

SERVICIO DE ASISTENCIA	LÍMITES DE COBERTURAS POR AÑO			Observaciones
	COBERTURA	EVENTOS	COPAGO	
APOYO ESTUDIANTIL				Aplica para el hijo del afiliado.
Orientación estudiantil telefónica	Sin Límite	Sin Límite	-	

Servicio de profesor a domicilio en caso de enfermedad o accidente.	Sin Límite	Sin Límite hasta 1 hr. x día; máx 60 hrs. x año	-	
Servicio de transporte escolar por emergencia	Sin Límite	3 eventos	\$ 5 por evento	
Servicio de mensajería inmediata por emergencia: - Para envío y/o retiro de tareas - Materiales, libros olvidados	Sin Límite	3 eventos	\$ 5 por evento	
Reparaciones de daños a terceros como resultado de prácticas deportivas: * Fútbol * Volley * Basket	Daños desde \$ 50.00 hasta 500.00	3 eventos	-	
Traslado médico terrestre a consecuencia de un accidente durante la práctica deportiva	Sin Límite	Sin Límite	-	
Sala de emergencia a consecuencia de un accidente durante la práctica deportiva	Sin Límite	Sin Límite	-	
ASISTENCIA EXEQUIAL				
Asistencia Funeraria (Asistencia en trámites legales, arreglo del cuerpo, cofre, servicio de traslado del cuerpo, Servicio de Velación, Libro o Registro recordatorio)	LUC \$1200	1 evento	-	Sola aplica en caso de fallecimiento del titular
Asistencia en el camposanto - Espacio en el camposanto (Nicho) x alquiler x 4 años				
Asistencia Legal post exequial (Herencia, Tipo de Muerte, Montepío y Seguro de Vida)				
CONTROL HIJO SANO				
Orientación médica telefónica	Sin Límite	Sin Límite	-	
Chequeo semestral con médico: * Pediatra (4-12 años) * Médico General (13-18 años)	Sin Límite	2 eventos por año	-	
Consulta con Ginecólogo	Sin Límite	Sin Límite	Desde \$5	
Consulta con Dermatólogo	Sin Límite	Sin Límite	Desde \$5	
Ambulancia por emergencia médica o accidente en: * Jornada estudiantil * Viajes escolares * Actividades extracurriculares de la escuela o colegio * Cualquier parte del territorio nacional (se excluye Galápagos)	Sin Límite	Sin Límite	-	Servicio solo aplica para hijo del titular
PÓLIZA DE VIDA				
Renta estudiantil: Aplica en caso de fallecimiento del titular, se entregará una renta mensual hasta el término de su colegiatura.	\$ 500 (mensual por 1 hijo del afiliado titular)	1 evento	-	Valor se cancelará directamente al tutor, colegio o fideicomiso de acuerdo al caso. Póliza respaldada por LLS (verificar coberturas en póliza)

8. EXCLUSIONES GENERALES

No son objeto de los servicios las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- La mala fe, fraude o abuso de confianza del **AFILIADO**, comprobada por el personal de **GEA**.
- Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.

- c. Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- d. La energía nuclear radiactiva.
- e. La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- f. Enfermedades mentales.
- g. La adquisición y uso de prótesis o anteojos.
- i. El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia del **AFILIADO** en el procedimiento.
- j. Cuando la persona no se identifique como **AFILIADO** del programa de asistencia.
- k. Cuando el **AFILIADO** incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- m. Cuando el **AFILIADO** no proporcionen información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente.
- n. Procedimientos no autorizados por **GEA**
- o. Cualquier cambio de los servicios que hayan sido solicitados directamente al **PRESTADOR** y que no esté dentro del alcance establecido en el servicio.
- p. La no utilización de alguno de los servicios estipulados anteriormente, no dará lugar a compensación de ningún tipo, perdiéndose el derecho sobre este beneficio.
- q. Los servicios que no se encuentren estipulados en el presente documento.

9. OBLIGACIONES DEL AFILIADO

Con el fin de que el **AFILIADO** pueda disfrutar de los servicios contemplados en este Anexo, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- a. Abstenerse de realizar gastos (médicos) o arreglos en relación con alguno de los servicios descritos en el presente documento, sin haber consultado previamente con **GEA**.
- b. Queda entendido que en caso de que el **AFILIADO** establezca su **RESIDENCIA PERMANENTE** en un lugar distinto al territorio de la República de Ecuador, la relación entre **GEA**. Y el **AFILIADO** se tendrá por extinta, con lo cual **GEA** se verá liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados en el presente documento y el **AFILIADO** se verá liberado de su obligación de pagar las cuotas necesarias para recibir los servicios aquí establecidos.
- c. Identificarse como **AFILIADO** ante los funcionarios de **GEA** o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.
- d. Pagar a **GEA** la tarifa Mensual correspondiente prevista en este documento.

En caso de que el **AFILIADO** no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, **GEA** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no-prestación de los servicios relacionados con el presente documento, ni frente al **AFILIADO** ni frente al **BANCO**.

9. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso de que un **AFILIADO** requiera de los servicios contemplados, este tendrá derecho a las 48 horas de haber contratado el servicio, procediendo de la siguiente forma:

- a. El **AFILIADO** que requiera del servicio se comunicará con **GEA** al número telefónico especificado.
- b. El **AFILIADO** procederá a suministrarle al funcionario de **GEA** que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como **AFILIADO**, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como: la ubicación exacta del **AFILIADO**; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por el **AFILIADO** del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise, etc.
- c. **GEA** confirmará si el solicitante de los servicios de asistencia tiene o no derecho a recibir la prestación de los mismos. Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **GEA** le prestará al **AFILIADO** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

10. DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE ASISTENCIA

GEA podrá proceder a desafiliar a un **AFILIADO** del plan de asistencia, en caso de que, a juicio de **GEA** se presenten situaciones de uso indebido o de abuso en el uso por parte del **AFILIADO** de los servicios prestados por **GEA** bajo el presente programa. En el caso de producirse una desafiliación de conformidad con esta cláusula, se notificará de este particular al **AFILIADO**, dándole aviso de la fecha de terminación de los servicios.

11. SUBROGACIÓN

GEA quedará subrogada hasta el límite del costo de los servicios prestados al **AFILIADO** de las sumas pagadas por dicha compañía, en relación con los derechos que tenga el **AFILIADO** para el cobro de indemnizaciones al responsable del accidente que haya dado lugar a la prestación de los servicios contemplados en el presente documento

12. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los servicios objeto del presente documentos serán prestados directamente por **GEA** o a través de terceros, personas naturales o jurídicas, contratadas bajo responsabilidad de **GEA**. Para los Servicios cuya prestación requiera autorizaciones administrativas especiales, **GEA** celebrará contratos con las compañías que hayan obtenido tales autorizaciones, en cuyo caso, sin perjuicio de la responsabilidad directa de **GEA**, estas también se constituirán en responsables de la prestación de tales servicios; no obstante **GEA** será siempre la responsable principal y directa frente al **BANCO**.

13. ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD DE GEA

La responsabilidad de **GEA** con respecto a los servicios de asistencia antes referidos, se limita a gestionar en favor del **AFILIADO**, los servicios profesionales en medicina, debidamente calificados y autorizados por las autoridades correspondientes para practicar dicha profesión y prestar servicios profesionales que estén disponibles para brindar al **AFILIADO**, a través de la **RED DE PRESTADORES** de **GEA**. La responsabilidad profesional por las evaluaciones, diagnósticos, tratamientos y otros procedimientos a que sea sometido el **AFILIADO**, corresponde directamente al profesional que presten estos servicios, y **GEA** asume responsabilidad indirecta por los mismos. La provisión del servicio estará sujeta a la disponibilidad de la **RED DE PRESTADORES** de **GEA**.

14. INCREMENTO DE PRECIO.

Previo acuerdo de las partes el valor descrito en el presente documento podrá ser revisado anualmente contando a partir de la fecha de este documento, el mismo que variarán de acuerdo al índice de inflación publicado por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) o cualquier otra institución pública a la que se le asigne la responsabilidad de publicar los índices oficiales de inflación u otros indicadores equivalentes. Adicionalmente, las partes acuerdan que el programa de servicios puede sufrir cambios únicamente por mejoras en dicho programa, en este caso **GEA** deberá notificar al **BANCO** para que un plazo no mayor a 60 días hábiles, exprese su aceptación o negativa en el incremento del precio.

El costo por **AFILIADO** del programa se revisará cuando el costo de los servicios brindados rebase el sesenta por ciento (60%) de las cuotas devengadas durante el mismo período, las partes convienen desde ahora en que esta tarifa sea incrementada por negociación de las partes aun cuando el plazo mencionado no se haya vencido

15. OTROS

Los servicios a que se refiere el presente documento, configuran la única obligación a cargo de **GEA** y/o su **RED DE PRESTADORES** y en ningún caso reembolsara al afiliado las sumas que este hubiera erogado.