

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

En la ciudad de Quito el -----, comparecen a la celebración del presente contrato de prestación de servicios, por una parte, la compañía CONFIAMED S.A. legalmente representada por la Sra. -----, en su calidad de Gerente General a la que para efectos del presente contrato se la denominará "LA COMPAÑIA" y, por otra parte -----, representada por el Sr. -----, en su calidad de -----, a quien se le denominará como EL CONTRATANTE; quienes convienen libre y voluntariamente en celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios de la gestión y obtención de solicitudes de afiliación a Medicina Prepagada.

CONFIAMED S.A., en adelante la Compañía, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Contratante y a los contratos – certificados de los Afiliados, Usuarios, Dependientes, Beneficiarios o Asegurados, que forman parte integrante del presente contrato, previo el pago del precio correspondiente, otorgará las coberturas que se describen a continuación:

ARTÍCULO PRIMERO: BENEFICIOS

GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

La Compañía garantiza al Afiliado, Usuario, Dependiente, Beneficiario o Asegurado, el reembolso de los gastos incurridos debido a procedimientos médicos, a causa de, enfermedad o accidente, en los límites previstos en las condiciones particulares del contrato. Esta cobertura puede extenderse a toda persona que tenga con el solicitante o el titular, relación laboral, conyugal, de unión de hecho, o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, desde inicio de vigencia de la misma, previo al pago correspondiente y de acuerdo con el plan escogido por el Afiliado. Dichos gastos pueden darse por:

1. Prestaciones de prevención primaria, como aspecto fundamental que promueva el acceso universal a la salud, en los términos previstos en las estipulaciones contractuales de la Ley;
2. Atención ambulatoria profesional en medicina general y en las diversas especialidades y sub - especialidades practicadas en los diferentes establecimientos de salud y en los domicilios cuando lo justifique el estado de salud del paciente o la imposibilidad de movilizarlo; que incluya diálisis y hemodiálisis entre otras atenciones, todas las derivaciones e interconsultas, insumos médicos, quirúrgicos y medicamentos que la detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y de largo plazo demanden para la atención integral de salud del paciente;
3. Atención prehospitalaria que incluya transporte terrestre, aéreo o fluvial, legalmente autorizado, de acuerdo con el Art. 20 del Reglamento a la Ley, al que se pueda acceder dentro o fuera del país, de acuerdo con el plan contratado;
4. Atención hospitalaria por indicación del profesional de la salud que atienda al paciente. Esta cobertura incluirá transporte, alimentación, habitación, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, terapia intensiva, cirugía, medicamentos e insumos médicos, ayudas técnicas, apoyo psicológico, rehabilitación, cuidados paliativos y honorarios profesionales;
5. Atención en casos de urgencia y emergencia médicas, así como el procedimiento de emergencia ambulatorio, hospitalario o médico quirúrgico, incluyendo todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios;
6. Atención de embarazos normales, de riesgo o complicados, controles prenatales, emergencias obstétricas, partos vaginales o por cesárea, con recién nacido a término, pre – término o post término; complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término, pre término o post término, con atención en neonatología, atención perinatal,

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

de manera integral y con asistencia de especialistas; atención en la unidad de cuidados intensivos y otros eventos que pudieren presentarse, tanto para la madre como para el recién nacido a término, pre término o post término, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre – hijo. Atención al recién nacido que padeciere de patologías congénitas, genéticas o hereditarias;

7. Atención de enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias, con cobertura total;
8. Atención de enfermedades preexistentes, con la cobertura prevista en la Ley;
9. Atención de enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras, de acuerdo con el plan contratado;
10. Atención oncológica integral que incluya obligatoriamente cirugía reconstructiva y rehabilitación, de acuerdo con el plan contratado;
11. Trasplante de órganos, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la Ley de la materia e incluirá obligatoriamente la atención y cobertura de las prestaciones que se deban dar al donante, las que correspondan a los procesos de pre-trasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos; y, las de suministro de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y al receptor;
12. Servicios de salud para personas con discapacidad, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la Ley de la materia;
13. Todo procedimiento diagnóstico y terapéutico de seguimiento y control posteriores a cada enfermedad o accidente atendido y referidos a especialidades y subespecialidades; incluyendo curaciones, rehabilitación, cuidados paliativos domiciliarios, y de largo plazo;
14. Auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, existentes, que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha de la prestación, necesarios para la continuidad de la atención integral, solicitados por un prescriptor y de acuerdo con el plan contratado;
15. Estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas, cuando éstos sean solicitados por un médico, para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de una patología, con cobertura total;
16. Acceso a medicamentos en cualquier farmacia autorizada por autoridad competente, cuyo costo será cubierto total o parcialmente, por las vías del pago directo o el reembolso, según el plan contratado, siempre que aquellos hayan sido recetados por un prescriptor;
17. Atención de enfermedades psiquiátricas de base orgánica, determinadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, de conformidad con el plan contratado;
18. Prestaciones de salud dental, asesoría nutricional y consultas psicológicas, de conformidad con el plan contratado.
19. Cama y dieta general del hospital/clínica del acompañante cuando el paciente es recién nacido, menor de 16 años y adultos mayores de 75 años.
20. Terapia de dolor bajo diagnóstico cubierto y de acuerdo con el plan contratado.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

21. Durante el periodo de mora, la compañía, previa notificación al usuario por escrito o medios electrónicos, podrá suspender el financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, excepto para la que corresponda a emergencia médica. El afiliado no tendrá derecho a reembolso alguno en caso de incurrir en gastos durante el período de suspensión por mora hasta cuando se produzca el pago de las cuotas adeudadas.

ARTÍCULO SEGUNDO: EXCLUSIONES

Este Contrato no otorgará cobertura o servicios para ningún gasto relacionado con:

1. El tratamiento resultante de una lesión o enfermedad cuando:
 - a) El servicio o suministro no sea médicamente necesario.
 - b) No se encuentre bajo los cuidados de un médico.
 - c) Servicios y/o medicamentos que no sean prescritos por un médico, cuyo título profesional no se encuentre registrados por el Organismo pertinente.
2. Cirugía plástica, electiva o cosmética con fines exclusivamente cosméticos y estéticos, ocurridos durante la vigencia del contrato, excepto para corregir lesiones por accidente y cobertura de cirugías reconstructivas o correctivas médicamente necesarias.
3. Atención dental, tratamientos o cirugía de los dientes, encías, secuelas y/o complicaciones derivadas de estas atenciones. Excepto para corregir lesiones por accidente cubierto durante la vigencia del contrato, cobertura de cirugías reconstructivas o correctivas médicamente necesarias, trastornos de la articulación, músculos y nervios temporo mandibulares que no se relacionen a problemas dentales no cubiertos en este contrato
4. Consulta y tratamiento dermatológico relacionado con aspecto cosmetológico, terapia láser dermatológica.
5. Chequeos clínicos ejecutivos, tales como, exámenes médicos rutinarios, así como los gastos por servicios médicos prestados no inherentes o no necesarios para el diagnóstico, así como servicios, insumos, suministros, prótesis o dispositivos de corrección que no sean médica ni quirúrgicamente necesarios o que no estén científicamente o médicamente reconocidos para el tratamiento indicado o que sean considerados experimentales, investigativos sin evidencia científica y/o no aprobados por los organismos de control de salud.
6. Todo tipo de exámenes y/o tratamientos especializados de infertilidad, así como el aborto provocado y sus consecuencias. Cualquier cirugía, tratamiento o prótesis para mejorar o restablecer la función sexual y reproductiva.
7. Todo tipo de tratamientos por aumento o pérdida de peso sin indicación médica, así como el tratamiento con estimuladores y/o hormonas de crecimiento óseo bajo el diagnóstico de talla corta.
8. Enfermedades preexistentes y sus enfermedades relacionadas no declaradas al momento de llenar la solicitud y declaración de salud.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

9. Enfermedades o accidentes causados por fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como: terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caída de cuerpos siderales y aerolitos.
10. Enfermedad o lesiones causados directa o indirectamente durante la participación del afiliado en: guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades, guerra civil, acciones terroristas, rebelión, revolución, insurrección, cualquier perturbación del orden público, poder militar o poder usurpado, ley marcial, motines u operaciones militares, navales o aéreas, reacciones nucleares o por lluvias radioactivas.
11. Enfermedades mentales, que no sean de base orgánica, nerviosas y/o stress, desordenes del sueño sin relación con una patología cubierta, incluyendo los servicios brindados en centros de geriatría, instituciones asistenciales de largo plazo, balnearios, baños termales y similares.
12. Reconstituyentes, complementos proteicos alimenticios, suplementos dietéticos, suplementos nutricionales, estimulantes del apetito, anoréxicos excepto vitaminas, minerales y formulas alimenticias medicadas siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y este bajo prescripción médica.
13. Medicamentos contra el envejecimiento, tratamientos para la regeneración del cabello e hidratantes, jabones, filtros solares y shampoo.
14. Tranquilizantes, sedantes, antidepresivos, ansiolíticos, anoréxicos y neurolépticos, excepto si son parte de una enfermedad diagnosticada de base orgánica debidamente diagnosticada y bajo prescripción médica.
15. Gastos por tratamientos, procedimientos y honorarios médicos realizados por un pariente cercano o por otra persona que resida en su hogar, o cualquier tratamiento brindado en una entidad o institución de su propiedad o de un pariente cercano. Son parientes cercanos hasta segundo grado de afinidad y cuarto de consanguinidad.
16. Terapia de estimulación temprana, recreativa o educacional.
17. Atención de pedicuro, callosidades, zapatos ortopédicos, soporte de arcos y otros dispositivos ortopédicos que no se relacionen con el diagnóstico cubierto.
18. Gastos originados por defectos de refracción visual, suministros de anteojos y lentes de contacto, así como operaciones de exímer láser.
19. Cualquier crio-preservación y la implantación o reimplantación de celular vivas.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

ARTÍCULO TERCERO: DEFINICIONES

- **Accidente:** suceso imprevisto, fortuito y no intencional debido a una causa externa que produzca daño o lesiones corporales clínicamente comprobadas.
- **Afiliado, Usuario, Dependiente, Beneficiario o Asegurado:** Persona natural que tiene derecho a las prestaciones y beneficios determinados en este contrato, hasta el límite establecido en el plan contratado.
- **Ambulancia:** medio de transporte adecuado para trasladar hasta un hospital al afiliado en condición médica crítica.
- **Ambulatorio:** son todas aquellas prestaciones de salud que, de acuerdo con la práctica médica común, no requieren de hospitalización para ser atendidas.
- **Anexo:** documento agregado al contrato que contiene condiciones especiales, coberturas y beneficios opcionales.
- **Arancel:** Es el valor máximo que se reembolsará al afiliado, según la prestación médica expedida y de acuerdo con la tabla indicada en el anexo y bajo el plan contratado.
- **Bonificado:** sinónimo de reembolso liquidado.
- **Cobertura:** conjunto de servicios y prestaciones que LA COMPAÑÍA se compromete a pagar a los afiliados por los gastos relacionados con la atención médica, salvo los expresamente excluidos y de acuerdo con el plan contratado.
- **Contratante:** toda persona natural o jurídica que celebra un contrato, que representa su beneficio individual, dependientes; o a sus empleados y beneficiarios. Parte responsable por el pago de las cuotas según el reporte de inclusiones y exclusiones. El contratante puede ser o no el Afiliado.
- **Copago:** Es el porcentaje del valor de la prestación o beneficio presentado por el afiliado que es cubierto por él, es decir no será pagado o reembolsado por LA COMPAÑÍA.
- **Cuadro cerrado:** Convenio de red de prestadores médicos.
- **Cuadro abierto:** prestadores médicos que no se encuentran en la red de cuadro cerrado de LA COMPAÑÍA
- **Cuarto y alimento diario:** son los gastos de alimentación y habitación durante los días de estancia en una hospitalización, de acuerdo con el plan contratado.
- **Deducible:** es el valor de acuerdo con el plan contratado, que asume el Afiliado, Usuario, Dependiente, Beneficiario de los gastos cubiertos.
- **Declaración de Salud:** Documento que forma parte integrante del contrato, en el cual todo afiliado declara sus antecedentes médicos, así como su estado de salud actual al momento de contratar.
- **Emergencia:** Situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención y lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de pérdida de la vida.
- **Urgencia:** Situación de salud que también se presenta repentinamente, sin riesgo de vida y puede requerir asistencia médica dentro de un período de tiempo razonable (2 o 3 horas).
- **Enfermedad:** condición anormal del cuerpo humano, manifestada por signos, síntomas y/o hallazgos anormales en los exámenes médicos, que hacen que exista una condición diferente del estado normal del organismo.
- **Enfermedad Congénita, Genética:** Es toda patología y sus consecuencias, cuya aparición se origina durante la vida intrauterina, sea o no evidente al momento del nacimiento.
- **Enfermedad Crónica:** es la que requiere tratamiento médico por un periodo indeterminado.
- **Enfermedad preexistente:** cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que haya sido conocida por la o el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado y diagnosticada

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación de la o el beneficiario.

- Fecha de incurrancia: es la fecha en que el Afiliado, Usuario, Dependiente, Beneficiario realiza su atención médica.
- Fecha de inicio de vigencia: es la fecha en que inicia la cobertura y se encuentra establecido en el contrato.
- Gastos no cubiertos: servicios y prestaciones que carecen de cobertura, de acuerdo con el plan contratado.
- Grupo Familiar: está constituido por titular, cónyuge o conviviente legal, e hijos.
- Parentesco: vínculo que une a una persona con otra.
- Historia Clínica: la documentación médica que comprende; epicrisis, anamnesis, examen físico, protocolo operatorio (en caso de cirugía), evolución, kardex, hoja de anestesia.
- Hoja de Emergencia: documento emitido en una institución de salud en el cual describe la condición general del paciente en la sala de emergencia.
- Hospitalización: cuidado médico, clínico o quirúrgico, que debido a una enfermedad o accidente debe ser atendido durante un internamiento mayor a 24 horas. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica de la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencia no se considera una hospitalización.
- Incapacidad: Todo desorden funcional corporal o lesión accidental, es decir todos los desórdenes corporales que existan simultáneamente y sean debido a una sola causa.
- Inclusión / Exclusión: movimiento de afiliación de Afiliados, Usuarios, Dependientes, Beneficiarios o Asegurados, dentro de la vigencia del contrato.
- Monto de cobertura: Es el monto por el cual se indemnizará a cada Afiliado, Usuario, Dependiente, Beneficiario, cuando a ello tenga derecho y se consigna en el contrato como monto de cobertura.
- Límite agregado anual: es el monto máximo de cobertura por la sumatoria de varias incapacidades en una misma vigencia.
- Límite de coparticipación: es el monto establecido en el contrato que aplicará copago y deducible de acuerdo con las condiciones estipuladas en el plan y una vez alcanzado ese límite, LA COMPAÑIA cubrirá al 100% de los gastos, hasta el límite contratado menos el monto ya indemnizado.
- Periodo de Carencia: periodo de tiempo mediante el cual el afiliado no tiene derecho a recibir prestaciones o beneficios.
- Periodo de presentación de reembolsos: periodo de días que el afiliado dispone para la presentación de reclamos.
- Plan: es la tabla de coberturas en donde se establece el monto de éstas, límites, porcentajes y valores.
- Prestaciones médicas: atención médica profesional, servicios, y gastos incurridos por el Afiliado, Usuario, Dependiente, Beneficiario o Asegurado y autorizados por un Médico.
- Prestador médico: persona natural o jurídica autorizada legalmente por la entidad competente para prestar servicios médicos.
- Tarifario: es el valor de todas las prestaciones médicas que se encuentran codificadas por unidades y valorados por puntos.
- Titular: persona natural representante de un grupo familiar.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

ARTÍCULO CUARTO: VIGENCIA

La validez del presente contrato será de un año a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en el mismo, sea para la suscripción de nuevos contratos o la renovación automática de los suscritos con anterioridad, salvo que, para la renovación, el usuario o asegurado previa notificación con los nuevos documentos contractuales manifieste por escrito su voluntad de darlo por terminado, en los plazos previstos en la Ley.

ARTÍCULO QUINTO: DEDUCIBLE

Toda indemnización bajo este contrato estará sujeto a un deducible, el cual se encontrará estipulado en las condiciones particulares del contrato o en los certificados individuales del mismo que se expidan con fundamento en ella.

ARTÍCULO SEXTO: ELEGIBILIDAD

Se consideran a la fecha de emisión de este contrato, los residentes en el Ecuador ya sea como titulares, beneficiarios, dependientes. Podrán ser considerados como beneficiarios de un plan o programa de servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros con cobertura de asistencia médica, toda persona, que tenga con el solicitante o el titular, relación laboral, conyugal, de unión de hecho, o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

No existen límites en la edad de contratación del presente contrato.

ARTÍCULO SÉPTIMO: FORMA Y PLAZO PARA SOLICITAR EL INGRESO A ESTE CONTRATO

Los movimientos de inclusiones o exclusiones se pueden realizar en un plazo no mayor de treinta (30) días, previo a la renovación de su certificado individual para su enrolamiento. Dichos movimientos se aplicarán a partir de la nueva vigencia del certificado individual.

ARTÍCULO OCTAVO: CANTIDAD MÍNIMA DE AFILIADOS Y PORCENTAJE MÍNIMO DE ADHESIÓN

Es requisito primordial para que este Contrato pueda mantenerse en vigencia, en las condiciones pactadas en materia de montos de cobertura y tarifa de primas, en los contratos corporativos, empresariales o grupales que al menos el ochenta y cinco por ciento de los usuarios, dependientes y beneficiarios contractuales ingresen o permanezcan bajo un contrato.

ARTÍCULO NOVENO: NÓMINA DE AFILIADOS

El Contratante entregará a la Compañía, la nómina de los Afiliados, Usuarios, Dependientes, Beneficiarios o Asegurados, indicando los respectivos planes y montos de cobertura.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

ARTÍCULO DÉCIMO: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE DEPENDIENTES

1. La designación de los dependientes la realizará cada Titular por escrito, en su certificado individual.

2. Todo Titular Afiliado podrá cambiar, los dependientes por él designados, en un plazo no mayor de treinta (30) días, previo a la renovación de su contrato. El cambio de dependientes surtirá efecto frente a la Compañía, si el Afiliado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva. Si el cambio no hubiere llegado a ser registrado por la Compañía por omisión o demora del Titular, la Compañía no se responsabilizará de gasto alguno, en caso de reclamo de un dependiente no registrado.

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: COPAGO

Si el Afiliado requiere de servicios de salud: ambulatorio, prehospitalario, hospitalario, de urgencias y emergencias médicas debido a una enfermedad o accidente, la Compañía, una vez comprobada la enfermedad y la relación directa entre la misma y los gastos, pagará al Afiliado, Usuario, Dependiente, Beneficiario o Asegurado, hasta el porcentaje establecido en las condiciones particulares de este Contrato sin exceder el monto de cobertura.

El Afiliado, Usuario, Dependiente, Beneficiario o Asegurado, es responsable de su porcentaje de coparticipación y deducible estipulado en las condiciones particulares de su contrato.

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: CARENIA

En los contratos individuales, las enfermedades preexistentes debidamente declaradas, recibirán obligatoriamente cobertura, por un monto anual de veinte (20) salarios básicos unificados del trabajador en general, dicha cobertura aplicará después de un período de carencia de veinticuatro (24) meses, contado a partir de la fecha de suscripción del respectivo contrato, para maternidad aplicará después de sesenta (60) días. Si el embarazo se produjere durante el período de carencia, las mujeres embarazadas recibirán cobertura de atención únicamente prenatal de acuerdo a la estipulada en tarifa 0, con cargo al precio se refiere a los gastos que ocurran después de que la usuaria haya agotado las prestaciones de la tarifa 0 la cobertura será bajo las condiciones establecidos en el plan contratado.

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

La atención de emergencia y urgencia, recibirán cobertura desde las 24 horas posteriores a la suscripción del contrato y de acuerdo con el plan contratado. Los planes con cobertura para patologías específicas contarán con cobertura de emergencia médica únicamente por las patologías previstos en dicho plan.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

Los únicos períodos de carencia que se podrán utilizar adicionalmente o los estipulados en la Ley son:

Para atención ambulatoria: máximo 30 días.

Para atención hospitalaria: máximo 90 días.

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO: INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LA COMPAÑÍA

El Afiliado en cuanto sea razonable, se compromete a suministrar toda la información necesaria para el fiel cumplimiento de este Contrato, tales como fecha de nacimiento, fecha de ingreso o vinculación con el contratante, documentación legal.

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO: DECLARACIÓN FALSA

El Afiliado está obligado a declarar de manera veraz los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por la Compañía la hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa del contrato.

Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de dichas circunstancias, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente.

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO: PAGOS Y FORMA DE PAGO

El CONTRATANTE realizará los pagos a la Compañía, por los servicios de prestaciones y beneficios de salud previstos en este contrato, en cuotas establecidas de acuerdo con las políticas comerciales que determine la misma. El pago de la cuota será en mensualidades anticipadas.

En caso de que el CONTRATANTE decida incluir una o más personas como beneficiarios a su contrato, deberá llenar un formulario de enrolamiento adicional, por cada uno. La cuota se incrementará según el número de beneficiarios incluidos.

Las cuotas deben pagarse en los plazos previstos en las condiciones particulares de este Contrato y por anticipado por el afiliado, de acuerdo con lo siguiente:

- a) La falta de presentación de estado de cuenta, recibo/notificación de cobro o cualquier otro documento por parte de la Compañía no libera al contratante o afiliado de la obligación de pago oportuno de sus aportaciones.
- b) A falta de cobro por medio de agentes debidamente autorizados por la Compañía, es obligatorio para el contratante o afiliado pagar las aportaciones en las oficinas principales de la Compañía.
- c) La no utilización de los servicios por parte de los beneficiarios no exime al contratante del pago de los valores acordados.
- d) El afiliado o el contratante de manera expresa reconocen que las cuotas pagadas o por pagar, satisfacen el valor de los servicios ofrecidos por la misma, en las condiciones que se establecen en este Contrato, las cuales se causan por el hecho de la suscripción del mismo más no por la prestación efectiva de tales servicios; sin que el hecho de que el titular o afiliados no lleguen a

Código Aprobación ACCESS de acuerdo con plan contratado

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

requerir de las prestaciones contratadas, implique que el pago de la cuota o cuotas se consideren como pago no debido o no devengado.

- e) El precio previsto en el contrato será pactado en moneda de curso legal establecida en la República del Ecuador y su revisión por parte del organismo de control, se sujetará a lo que establezca la correspondiente nota técnica aprobada, tomando en consideración la totalidad de afiliados de cada plan y el grupo etario al que pertenezcan.
- f) Para reclamos del exterior serán liquidados al tipo de cambio de venta a la fecha efectiva de la bonificación de los beneficios.

ARTÍCULO DÉCIMO SEXTO: DUPLICIDAD DE AMPAROS/ COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

1. En la Compañía

Los Afiliados, Usuarios, Dependientes, Beneficiarios o Asegurados que estuvieren o llegaren a estar incorporados a otro Contrato de Medicina Prepagada emitida por la Compañía, podrán coordinar los reembolsos a costos de territorio nacional de tal forma que el total pagadero no sobrepase el cien por ciento (100%) de los gastos cubiertos.

En otras compañías

En caso de existencia de otros contratos de Medicina Prepagada que proporcionen los beneficios cubiertos por este Contrato, el valor real de los gastos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos, sin exceder de la suma asegurada y coordinará con las otras compañías de tal forma que el total pagadero no sobrepase el cien por ciento (100%) de los gastos cubiertos, podrán coordinar los reembolsos a costos de territorio nacional.

ARTÍCULO DÉCIMO SÉPTIMO: TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LOS CONTRATOS

El presente contrato podrá darse por terminado por decisión de la Compañía previa notificación al usuario en los siguientes casos:

- a) La falta de pago oportuno de tres cuotas consecutivas, y la notificación por escrito por parte de la compañía al titular del contrato,
- b) En el caso que la compañía haya identificado mala fe se reserva el derecho de iniciar el reclamo administrativo de acuerdo con los dispuesto en el capítulo VI de la ley por las siguientes causales:
 - b.1) La constatación de no haber declarado en la solicitud de afiliación la edad correcta.
 - b.2) El pago de cuotas con cheques robados, de cuentas cerradas o sin fondos; o con tarjetas de crédito anuladas o reportadas como robadas.

La Compañía comunicará la terminación del contrato a la última dirección registrada del titular.

El titular podrá dar por terminado unilateralmente el contrato en cualquier tiempo, previa notificación por escrito con al menos quince días de anticipación a la finalización del período en curso. La terminación del contrato tendrá efecto desde el siguiente mes a la presentación de la notificación.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

ARTÍCULO DÉCIMO OCTAVO: OBLIGACIONES DE LAS PARTES

DEL AFILIADO, USUARIO, DEPENDIENTE, BENEFICIARIO O ASEGURADO

- Proporcionar a la Compañía oportuna y verazmente, toda la información solicitada en la declaración de salud que debe suscribir previamente.
- Cumplir sus obligaciones contractuales;
- Pagar la cuota o aportación correspondiente a la contratación del afiliado y/o de sus dependientes, en los términos y condiciones establecidas en el contrato.
- Entregar la documentación solicitada por la Compañía para la revisión y análisis del reembolso de gastos médicos presentados, detallados en el artículo vigésimo
- Actuar de buena fe a la hora de contraer obligaciones contractuales.
- Informar por escrito los cambios acaecidos en los afiliados (exclusiones, inclusiones, cambios de domicilio, de actividad, etc). Deberá informar los cambios ocurridos, caso contrario podrá la Compañía realizar el pago únicamente sobre los valores que correspondan al estado anterior al cambio no informado, o tratándose de afiliados no notificada su inclusión, se negará todo pago relacionado con ellos. En caso de beneficiarios excluidos del contrato, el plazo para la presentación de documentación para reembolso de gastos médicos es de hasta 30 días posteriores a la exclusión, serán sujeto de reembolso los gastos incurridos dentro del período de afiliación y bajo las condiciones de esta.
- Pagar el deducible, copagos y gastos no cubiertos que no sean medicamente pertinentes o no relacionados al diagnóstico como.
- Asumir todos los impuestos y contribuciones actuales o que se crearen en el futuro, que graven este contrato y las obligaciones contenidas en él.

DE LA COMPAÑÍA

- Ofrecer información en calidad y cantidad suficiente para la toma de decisiones sobre los planes, programas y modalidades ofertadas, sus beneficios, alcances y limitaciones, de tal modo que sea asequible al pleno conocimiento de los consumidores y publicada en la página web de la compañía;
- Notificar la mora al usuario por escrito o medios de comunicación electrónicos a la última información proporcionada por el usuario.
- Otorgar el financiamiento, para la cobertura de todas las prestaciones previstas en los planes contratados, asumiendo los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados, pagando las indemnizaciones contratadas, asumiendo directa o indirectamente o aceptando y cediendo riesgos, con carácter resarcitorio o indemnizatorio, dentro de los límites convenidos en los contratos respectivos, con sujeción a lo previsto en la Ley;
- Notificar al usuario, dentro de los cinco días hábiles posteriores al requerimiento, cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto de la cobertura;
- Garantizar los derechos de los afiliados, usuarios, dependientes, beneficiarios, en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa;
- Cubrir los costos incurridos por concepto de los gastos médicos, con o sin internamiento, requeridos por el afiliado, de acuerdo con los límites estipulados en el plan y valor contratado para cada servicio.
- Entregar un ejemplar del presente contrato más los anexos a los que se hace mención, a la firma del mismo y en el cualquier momento que el contratante así lo requiera.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

- Devolver al contratante los aportes que éste haya pagado correspondientes a períodos no devengados, cuando el contrato termina anticipadamente.

ARTÍCULO DÉCIMO NOVENO: CAMBIO DE PLAN

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o negar la solicitud del contratante de cambio de plan, estará sujeta a evaluación de riesgo y, deberá superar el periodo de carencia que se encuentran discurriendo en virtud de una preexistencia que hubiere sido oportunamente declarada por el usuario, se continuarán computando y solo se aplicarán a partir de la renovación de los contratos.

ARTÍCULO VIGÉSIMO: OBLIGACIONES DEL AFILIADO EN CASO DE SINIESTRO

1. Aviso de siniestro: corresponde al Afiliado, Usuario, Dependiente, Beneficiario o Asegurado, avisar el siniestro dentro de los noventa (90) días de la fecha de incurrencia de este, los documentos requeridos serán de acuerdo con el canal de comercialización:

Documentación necesaria en caso de siniestro: el Afiliado, Usuario, Dependiente, Beneficiario o Asegurado, deberá presentar los siguientes documentos en caso de siniestro:

Según el tipo de atención o reclamo,

Hospitalario

- a) Formulario de solicitud de reclamo, el cual puede ser descargado de la página web de Confiamed, llenado únicamente por el afiliado
- b) Facturas originales o electrónicas que cumplan con los requisitos de ley.
- c) Desglose o planilla de factura hospitalaria
- d) Copia completa de Historia Clínica
- e) Resultado de Biopsias

Ambulatorio:

- a) Formulario de solicitud de reclamo, el cual puede ser descargado de la página web de Compañía, debidamente lleno y firmado por el médico tratante.
- b) Facturas originales o electrónicas que cumplan con los requisitos de ley.
- c) Pedidos o recetas solicitadas por el Médico.
- d) Ficha médica o certificados médicos
- e) Resultados de laboratorio o imagen
- f) Placas o RX

Emergencia

- a) Hoja de emergencia completa

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

Coordinación de beneficios

- a) Copia de los documentos requeridos por la Compañía descritos en los diferentes tipos de atención detallados anteriormente.
- b) Liquidación original de los gastos indemnizados por la otra compañía.

Crédito hospitalario

- a) Formulario de autorización de crédito hospitalario, el cual puede ser descargado de la página web de Confiamed, debidamente lleno y firmado por médico tratante.
- b) Resultados de laboratorio, imagen, placas, RX,
- c) Ficha médica o certificados médicos

Según el tipo de atención o reembolso se deberá proporcionar adicionalmente lo siguiente:

- a) Nombres completos
- b) Número de cédula del titular y del paciente,
- c) Diagnóstico y el procedimiento claramente descrito, en cualquiera de los tipos de reclamos emitidos por el médico.

En todos los casos es indispensable la presentación del carné de afiliación para la utilización de los servicios y beneficios.

ARTÍCULO VIGÉSIMO PRIMERO: PAGO DEL RECLAMO

Si la Compañía acepta una reclamación en caso de un siniestro amparado por este Contrato, tendrá la obligación de pagar al Afiliado, Usuario, Dependiente, Beneficiario o Asegurado, según corresponda, la indemnización correspondiente a los gastos médicos debidamente comprobados, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la presentación por escrito de los documentos que, según este contrato, sean indispensables.

Los gastos realizados por el afiliado serán cancelados hasta el tope de su plan contratado, luego de ser aplicados el deducible, coparticipación y gastos no cubiertos que no sean medicamente pertinentes o no relacionados al diagnóstico.

- El Afiliado, Usuario, Dependiente, Beneficiario o Asegurado, tienen derecho a los beneficios establecidos hasta el último día de vigencia del contrato, y pueden presentar la documentación para su indemnización hasta treinta (30) días después de terminado el contrato, siempre y cuando las fechas de incurrencia del gasto se encuentren dentro de la vigencia del contrato.
- Cualquier gasto incurrido fuera de la vigencia del contrato se considerará no cubierto, aunque sus diagnósticos originales se hayan dado dentro de la vigencia.
- Para coordinación de beneficios, es decir en caso de tener otro Contrato que proporcione los mismos beneficios cubiertos por este, la Compañía liquidará los valores no cubiertos por el otro contrato, siempre y cuando correspondan al deducible, coberturas y límites contratados con la Compañía y tarifario establecido.

Código Aprobación ACCESS de acuerdo con plan contratado

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA CONFIAMED S.A.

- El afiliado deberá encontrarse al día en el pago de sus cuotas para que tenga derecho a los servicios y beneficios que se detallan en este contrato.
- El incumplimiento de cualquiera de las condiciones contractuales y obligaciones estipuladas faculta a la Compañía para negar los pagos correspondientes especialmente en los siguientes casos:
- Cuando las facturas presentadas no sean originales o no cumplan con requisitos de ley no procede el reembolso por parte de la Compañía.
- Cuando la presentación del reclamo y documentos de sustento se efectúa luego de noventa días de ocurrido el evento que los originó.
- Por presentar documentos tachados, ilegibles, borrosos o adulterados.
- En ninguno de los casos mencionados, se realizará pago alguno por gastos o servicios médicos efectuados después de la fecha de exclusión de afiliados o usuarios.
- El contratante en cualquier momento en forma anticipada puede solicitar a LA COMPAÑÍA la exclusión de uno o varios usuarios del contrato, mediante una comunicación escrita en forma inmediata. Cuando el pago de aportes es realizado en forma mensual, no habrá lugar a reintegro o devolución por exclusión de afiliados; en los pagos trimestrales, semestral y anual se devolverá la parte proporcional no devengada de tales aportes.

ARTÍCULO VIGÉSIMO SEGUNDO: FALLECIMIENTO DEL TITULAR

En caso de fallecimiento del titular en un contrato individual, sus dependientes contractuales que constan como beneficiarios del contrato, quedarán afiliados por un año a partir de la fecha del deceso, sin tener que pagar cuota alguna y con las mismas condiciones de cobertura.

ARTÍCULO VIGÉSIMO TERCERO: REACTIVACIÓN DEL CONTRATO

Producida la terminación anticipada de un contrato, por decisión unilateral del titular del mismo, éste podrá, por una sola ocasión, solicitar a la Compañía, el restablecimiento de su vigencia, con las mismas condiciones originarias, dentro de los tres meses posteriores a dicha terminación, debiendo cumplir, si fuere el caso, con las contraprestaciones económicas correspondientes.

El afiliado no tendrá derecho a reembolso alguno en caso de incurrir en gastos durante el período de tiempo comprendido desde la terminación del contrato hasta la reactivación de este.

ARTÍCULO VIGÉSIMO CUARTO: AUTORIZACIÓN DE CRÉDITO HOSPITALARIO

En caso de hospitalizaciones programadas la Compañía asumirá los costos y gastos incurridos por razón del tratamiento o intervención respectiva hasta el límite de cobertura contratado, el afiliado podrá solicitar con anticipación y adjuntando la documentación requerida, la autorización de crédito. En caso de no utilizar este servicio se bonificará de acuerdo con su plan.

1. La red de prestadores en convenio podrá ser actualizada por la Compañía, incluyendo nuevos y excluyendo existentes, sin que para ello tenga que mediar el consentimiento del Afiliado o Contratante. En caso de exclusión de prestadores durante la vigencia del contrato no afectará la cobertura contratada inicialmente por el usuario.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

2. La Compañía únicamente otorga el servicio de financiamiento para la atención médica, sin embargo, será responsable subsidiaria, en los ámbitos civil y administrativo, declarada dicha responsabilidad por juez o autoridad competente, respecto de los perjuicios que se originen por deficiencias de calidad en la prestación de los servicios de salud contratados bajo la modalidad cerrada, y en la parte que corresponda de la modalidad mixta.
3. En caso de emergencia o urgencia médica no aplica la previsión de autorización previa y el Afiliado o sus dependientes contractuales podrán elegir el centro de atención; pero si fuera imposible ser trasladado a unidad de salud, podrá solicitar el servicio de atención de urgencias médicas ambulatorias u hospitalarias. La Compañía reembolsará los gastos efectuados, de acuerdo con el plan contratado.

ARTÍCULO VIGÉSIMO QUINTO: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo de los Afiliados o de sus beneficiarios, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

ARTÍCULO VIGÉSIMO SEXTO: CESIÓN DEL CONTRATO

Los derechos emergentes de este Contrato y los certificados respectivos son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno

ARTÍCULO VIGÉSIMO SÉPTIMO: ARBITRAJE

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el Afiliado, con relación a este contrato, las partes, para la solución de las controversias que se deriven de la aplicación de los contratos suscritos, podrán, con sujeción a la Ley de la materia, de común acuerdo, someter el asunto o asuntos controvertidos a mediación o arbitraje, como mecanismos alternativos de solución de conflictos, tal diferencia o disputa, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo, a arbitraje. Los árbitros deberán, no obstante, juzgar más bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho estricto. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.

En tal caso, cada parte seleccionará un árbitro, y el tercer arbitro deberá ser seleccionado por los árbitros de las partes. En caso de desacuerdo entre los tres árbitros, la decisión se tornará por mayoría. Tanto el Afiliado como LA COMPAÑIA podrán iniciar el procedimiento de arbitraje notificando a la otra parte por escrito, solicitando el arbitraje y nombrando a su árbitro. La otra parte contara con veinte (20) días a partir del recibo de dicha notificación para designar su árbitro. Los dos (2) árbitros designados para las partes elegirán al tercer arbitro dentro de los diez (10) días siguientes, y el arbitraje se llevará a cabo en el lugar escogido para el demandante, ante cualquier Centro de Arbitraje y Mediación con sede en la ciudad de Quito. Los gastos de arbitraje serán compartidos equitativamente entre las partes.

Las partes renuncian a la jurisdicción ordinaria y se obligan a acatar la laude arbitral, que se expedirá en equidad. En las demás, se regirá para la Ley de Arbitraje y Mediación y para las normas del Centro de Arbitraje y Mediación escogido por el demandante.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA
PREPAGADA CONFIAMED S.A.**

ARTÍCULO VIGÉSIMO OCTAVO: NOTIFICACIONES

Para efectos del presente contrato toda notificación deberá constar por escrito, salvo norma legal en contrario, al afiliado a los datos proporcionados al momento de la firma del contrato y a la Compañía a la dirección que consta en la última factura.

ARTÍCULO VIGÉSIMO NOVENO: JURISDICCIÓN

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Afiliado, con motivo del presente contrato, queda sometido a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deben ser deducidos en el domicilio de este; las acciones contra el Afiliado, en el domicilio del denominado.

Toda controversia judicial relativa al presente contrato será dirimida exclusivamente ante los tribunales de la ciudad del demandado, mediante trámite verbal sumario.

ARTÍCULO TRIGÉSIMO: ACEPTACIÓN

Las partes declaran aceptar las condiciones del presente Contrato y para constancia se firman dos ejemplares de este.

LA COMPAÑÍA

EL AFILIADO O CONTRATANTE

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