



**Beneficios**

Monto máximo de cobertura

**Cobertura USD**

**\$30.000**

**Beneficios Médicos**

|                                                                                                                                          |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1. Gastos médicos y hospitalarios por accidente o enfermedad                                                                             | \$30.000                   |
| 2. Consultas medicina general, de especialidad y subespecialidad                                                                         | Hasta el límite contratado |
| 3. Atención inicial de urgencia vital aun en caso de preexistencia                                                                       | Límite anual \$2.000       |
| 4. Consulta por urgencia médica                                                                                                          | Límite por consulta \$200  |
| 5. Gastos para la atención del dolor por urgencia o trauma odontológico                                                                  | Límite anual \$2.000       |
| 6. Traslado de emergencia por recomendación médica (atención prehospitalaria)                                                            | Límite anual \$3.500       |
| 7. Repatriación del herido o enfermo por recomendación médica                                                                            | Límite anual \$4.000       |
| 8. Gastos por accidente en práctica deportiva recreativa                                                                                 | Límite anual \$2.000       |
| 9. Ambulatorio                                                                                                                           | Hasta el límite contratado |
| • Sesiones de medicina alternativa                                                                                                       | Límite Anual \$100         |
| • Laboratorio clínico, genético, y anatomopatológico                                                                                     | Hasta el límite contratado |
| • Imagen                                                                                                                                 | Hasta el límite contratado |
| • Terapias de rehabilitación (Lenguaje, Física, Respiratoria, Cardíaca)                                                                  | Límite Anual \$1.000       |
| • Cobertura de medicamentos comerciales y genéricos prescritos                                                                           | Límite Anual \$1.500       |
| • Hospital del día                                                                                                                       | Hasta el límite contratado |
| 10. Hospitalarios                                                                                                                        | Hasta el límite contratado |
| • Laboratorio clínico, genético, y anatomopatológico                                                                                     | Hasta el límite contratado |
| • Imagen                                                                                                                                 | Hasta el límite contratado |
| • Medicamentos genéricos y/o comerciales intrahospitalarios                                                                              | Límite Anual \$1.500       |
| • Terapias y rehabilitación física, respiratoria, lenguaje, cardíaca intrahospitalaria                                                   | Límite Anual \$1.000       |
| • Terapia intensiva sin límite de días, con aplicación de deducible                                                                      | Hasta el límite contratado |
| 11. Otras Coberturas                                                                                                                     |                            |
| • Aparatos ortopédicos, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas o artificiales                                                              | Límite Anual \$2.000       |
| • Prótesis funcional no dental, ocular ni estética                                                                                       | Límite Anual \$5.000       |
| • Cobertura de gastos psicológicos y psiquiátricos                                                                                       | Límite Anual \$100         |
| • Cobertura de atención necesaria para cubrir condiciones de salud que sean consecuencias de acciones y/o enfermedades por uso de drogas | Límite Anual \$100         |
| • Lesiones autoinflingidas, intento de suicidio                                                                                          | Límite Anual \$100         |
| • Cobertura de enfermedades de transmisión sexual                                                                                        | Límite Anual \$100         |
| 12. Cobertura para condiciones laborales o profesionales                                                                                 | Límite Anual \$100         |

**Beneficios Médicos Adicionales**

|                                                        |                            |
|--------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1. Traslado de restos mortales. Repatriación Sanitaria | Hasta el límite contratado |
|--------------------------------------------------------|----------------------------|

**Plan Dental en Ecuador**

|                                            |      |
|--------------------------------------------|------|
| 1. Consulta Odontología General            | 100% |
| 2. Profilaxis - Educación de Higiene Bucal | 100% |
| 3. Rayos X (Periapicales)                  | 100% |
| 4. Extracción Simple                       | 100% |
| 5. Eliminación de cálculo Supragingival    | 70%  |
| 6. Consulta Especialistas                  | 50%  |
| 7. Restauración Simple                     | 50%  |
| 8. Restauración Compuesta                  | 50%  |
| 9. Restauración Compleja                   | 50%  |

**Beneficios Técnicos**

|                                                                                                                  |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1. Gastos de hotel por convalecencia                                                                             | \$500                |
| • Hotel (por día)                                                                                                | \$50                 |
| • Alimentación (por día)                                                                                         | \$30                 |
| 2. Desplazamiento de un acompañante (Clase económica)                                                            | Boleto aéreo         |
| 3. Gastos de estancia de un acompañante                                                                          | \$500                |
| • Hotel (por día)                                                                                                | \$50                 |
| • Alimentación (por día)                                                                                         | \$30                 |
| 4. Regreso en fecha diferente (Clase económica)                                                                  | Diferencia en tarifa |
| 5. Retorno de menores (Clase económica)                                                                          | Diferencia en tarifa |
| 6. Asistencia legal:                                                                                             |                      |
| • Honorario por abogado                                                                                          | \$2.000              |
| • Adelanto de fianzas                                                                                            | \$5.000              |
| 7. Reembolso de gastos por vuelo demorado o cancelado                                                            | \$100                |
| 8. Compensación de gastos por cancelación y/o interrupción del viaje                                             | \$250                |
| 9. Gestión de localización de equipaje                                                                           | Incluido             |
| 10. Indemnización por demora y/o pérdida definitiva de equipaje                                                  |                      |
| • Demora de equipaje superior a 24 horas                                                                         | \$200                |
| • Demora de equipaje superior a 5 días                                                                           | \$200                |
| • Demora de equipaje superior a 12 días                                                                          | \$200                |
| • Pérdida definitiva de equipaje                                                                                 | \$1.000              |
| 11. Desplazamiento del titular y/o beneficiario por interrupción del viaje debido a fallecimiento de un familiar | \$1.000              |
| 12. Reembolso por robo o pérdida de pasaporte                                                                    | \$70                 |

**Beneficios Informativos**

|                                                   |          |
|---------------------------------------------------|----------|
| 1. Asistencia por extravío y/o robo de documentos | Incluido |
| 2. Información sobre visados y vacunación         | Incluido |

La cobertura de urgencia y emergencia médica se limitará al uso de la sala de emergencia hasta la estabilización del paciente en caso de Triage 1 y 2 en la escala de Manchester, para una urgencia Triage Tipo 3 que requiera observación menor a 24 horas recibirá cobertura como consulta de emergencia.

\*Límites establecidos según tablas de beneficios en Condiciones Generales.

\*Emisión mínima de días de acuerdo al plan contratado y en base a las condiciones de BlueCard Ecuador.