



Jueves, 4 de julio del 2025

Cotización de Asistencia Medica

DATOS DEL CLIENTE:

Nombre:	Andres Patricio Leon Pilco	CI / RUC:	0105166755
Correo:	andres.leon@esystems.ec	Telefono:	0987654321

PLAN SELECCIONADO.:

Pool E&A Brokers

DETALLE.:

COBERTURAS SEGURO ASISTENCIA MEDICA	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 4
Límite de cobertura para personas hasta los 65 años	\$6.000,00	\$10.000,00	\$15.000,00	\$20.000,00
Límite de cobertura para personas mayores a 65 años (50%)	\$3.000,00	\$5.000,00	\$7.500,00	\$10.000,00
Honorarios Profesionales	Razonables y acostumbrados en el medio ecuatoriano por nivel			
Valor Tope de Consulta (Nivel de Prestadores)	\$50,00	\$50,00	\$50,00	\$50,00
Copagos y Deducibles				
Copago Hospitalario	80%	80%	80%	80%
Copago Medicinas Ambulatorias	80%	80%	80%	80%

COBERTURAS SEGURO ASISTENCIA MEDICA	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 4
Tipo de Deducible	Anual por persona			
Valor de Deducible	\$60,00	\$70,00	\$90,00	\$100,00
Copago centros médicos servicios ambulatorios	80%	80%	80%	80%
Copago red diferenciada servicios hospitalarios	80%	80%	80%	80%
FEE por consulta en centros ambulatorios de la red	Si aplica, con un pago de \$10			
Servicios de Ordenes de Atención (ODA)	Si aplica, \$15			
Cobertura Ambulatoria				
Medicina vía reembolso	80%, con aplicación de deducible			
Telemedicina solo en Red máximo 1 vez al mes por afiliado con Fee de Red Telemedicina	\$10			
Emergencia por accidente ambulatorio	C.C.I.	C.C.I.	C.C.I.	C.C.I.
Emergencia por enfermedad	-	-	-	-
Emergencia por enfermedad o accidente en el exterior	C.C.I tomando en cuenta el arancel ecuatoriano además, se otorga un seguro de viaje de hasta \$35.000, a través de AssisCard			
Ambulancia Terrestre por emergencia	\$90, 80% aplica deducible	\$90, 80% aplica deducible	\$90, 80% aplica deducible	\$125, 80% aplica deducible
Ambulancia aérea y fluvial dentro del territorio ecuatoriano	\$1000, 80% aplica deducible	\$1000, 80% aplica deducible	\$1000, 80% aplica deducible	\$1500, 80% aplica deducible

COBERTURAS SEGURO ASISTENCIA MEDICA	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 4
Médico a Domicilio	Si aplica, Quito y Guayaquil, con un pago Sector Urbano \$15,00, Sector Extra Urbano \$20,00 máximo 4 al año			
Cobertura Hospitalaria				
Crédito Hospitalario	80%	80%	80%	80%
Firma de anexo de garantía para crédito hospitalario	No	No	No	No
Cuarto y Alimento	\$200, sin aplicación deducible	\$200, sin aplicación deducible	\$200, sin aplicación deducible	\$250, sin aplicación deducible
Cama Acompañante cuando el paciente es menor de 16 años y adultos mayores de 75 años	\$50 al 80%, aplica deducible	\$50 al 80%, aplica deducible	\$50 al 80%, aplica deducible	\$50 al 80%, aplica deducible
Unidad de terapia intensiva	80%	80%	80%	80%
Maternidad				
Parto Normal / Cesárea/aborto no provocado/embarazo ectópico	\$2.000,00	\$2.000,00	\$2.000,00	\$2.500,00
Complicaciones de maternidad	C.C.I.	C.C.I.	C.C.I.	C.C.I.
Porcentaje de cobertura	100%	100%	100%	100%
Controles prenatales para embarazos iniciados en el periodo de carencia	\$200,00	\$200,00	\$200,00	\$250,00
Complicaciones del recién nacido y atención perinatal, en caso de NO realizar afiliación intraútero. Aviso hasta la semana 8	Hasta \$500	Hasta \$500	Hasta \$500	Hasta \$500

COBERTURAS SEGURO ASISTENCIA MEDICA	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 4
En caso de realizar inclusión intraútero, atención integral o complicaciones del recién nacido y atención perinatal, hasta el monto máximo contratado hasta la semana 32	C.C.I.	C.C.I.	C.C.I.	C.C.I.
Ligaduras y vasectomía	\$200,00	\$200,00	\$200,00	\$200,00
Cobertura para prevención dental en periodo de maternidad; este valor está dentro del monto de maternidad sin aplicación de deducible y de acuerdo al coaseguro que se aplica en la cobertura principal de maternidad	2 controles por embarazo	2 controles por embarazo	2 controles por embarazo	2 controles por embarazo
* Cuidado del recién nacido para maternidades sin cobertura.	En caso de que la inclusión del recién nacido, sea posterior al día 30 después de su nacimiento se considerará como una nueva inclusión, y se sujetará a periodos de carencia, limitaciones, y exclusiones establecidas en este contrato.			
Beneficios adicionales				
Enfermedades psiquiátricas de base orgánica y psicológicas, por año y por persona	\$100,00	\$100,00	\$100,00	\$100,00
Control preventivo Pap Test	\$40,00 al 100% una vez al año, no aplica deducible			
Mamografía	\$50,00 al 100% una vez al año, no aplica deducible. (Mayores de 35 años)			
Control preventivo antígeno prostático	\$40,00 al 100% una vez al año, no aplica deducible. (Mayores de 35 años)			
Cristales Ópticos	\$40,00 al 100%, una vez al año, sin deducible	\$40,00 al 100%, una vez al año, sin deducible	\$40,00 al 100%, una vez al año, sin deducible	\$40,00 al 100%, una vez al año, sin deducible

COBERTURAS SEGURO ASISTENCIA MEDICA	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 4
Audífonos	\$100,00, 100% solo para titulares, una vez al año, sin deducible			
Aparatos Ortopédicos	\$500,00, 100% una vez al año, sin deducible			
Plantillas Ortopédicas	\$80,00, 100% una vez al año, sin deducible			
Zapatos Ortopédicos	\$80,00, 80%, una vez al año, aplica deducible			
Alquiler muletas y/o silla de ruedas	\$100,00, 100% una vez al año, sin deducible			
Prótesis no dental, no estética	\$6000, 80% una vez al año, aplica deducible			
Métodos anticonceptivos	\$40,00			
Asesoría Nutricional	\$60,00, hasta 4 consultas al año, sin deducible			
Cirugías de nariz, tabique nasal, senos paranasales	CCI. Mediante autorización previa, presentando resultados de imágenes RX y/o TAC			
Cirugía reconstructiva	\$2,000 en caso de enfermedades oncológicas			
Cobertura de Bypass gástrico, en caso de obesidad mórbida	\$1.000,00	\$1.000,00	\$1.000,00	\$1.000,00
Cobertura de discapacidades a partir del primer día del cuarto mes contados desde la afiliación del usuario (acreditación del 30% de su condición según Ley Normativa vigente)	Hasta 20 salarios básicos unificados	Hasta 20 salarios básicos unificados	Hasta 20 salarios básicos unificados	Hasta 20 salarios básicos unificados
Preexistencias Declaradas desde el 4to. Mes	\$600,00	\$1.000,00	\$1.500,00	\$2.000,00
Preexistencias Declaradas desde el 25to. Mes	\$6.000,00	Hasta 20 salarios básicos unificados	Hasta 20 salarios básicos unificados	Hasta 20 salarios básicos unificados

COBERTURAS SEGURO ASISTENCIA MEDICA	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 4
Preexistencias Declaradas (mayores de 65 años)	Al 50% de la cobertura			
Consulta niño sano	Tope de consulta y según la siguiente tabla: Hasta 24 meses una mensual, hasta los 36 meses una semestral y hasta los 48 meses una anual			
Vacunas dentro del control de niño sano	\$200 al 80% sin deducible			
Leche medicada	\$980 al año			
Medias Elásticas	\$30,00, 100% una vez al año, sin deducible	\$30,00, 100% una vez al año, sin deducible	\$30,00, 100% una vez al año, sin deducible	\$30,00, 100% una vez al año, sin deducible
Consulta/ enfermedad psicológica, psiquiátrica, en base a enfermedad orgánica	\$200 por año y por persona	\$200 por año y por persona	\$200 por año y por persona	\$200 por año y por persona
Trasplante de órganos	\$3000, aplica deducible y copago	\$5000, aplica deducible y copago	\$7500, aplica deducible y copago	\$10000, aplica deducible y copago
Gastos para el donante de órganos	\$300, aplica deducible y copago	\$500, aplica deducible y copago	\$750, aplica deducible y copago	\$1000, aplica deducible y copago
Cobertura de Sida	CCI	CCI	CCI	CCI
Cobertura de enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias	CCI	CCI	CCI	CCI
Cobertura de enfermedades catastróficas y raras	\$3.000,00	\$5.000,00	\$7.500,00	\$10.000,00
Cobertura de enfermedades mentales	\$50,00	\$50,00	\$50,00	\$50,00
Cuidados Paliativos	Hasta \$500 al año	Hasta \$500 al año	Hasta \$500 al año	Hasta \$500 al año

COBERTURAS SEGURO ASISTENCIA MEDICA	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 4
Pruebas de sensibilidad e inmunológicas	C.C.I.	C.C.I.	C.C.I.	C.C.I.
Enfermedades dermatológicas	C.C.I.	C.C.I.	C.C.I.	C.C.I.
Terapias físicas, rehabilitación, respiratorias y de lenguaje.	\$34,00 al 100%, hasta 30 consultas en el año.			
Vitaminas y minerales	Solo vía reembolso	Solo vía reembolso	Solo vía reembolso	Solo vía reembolso
Trastornos de desarrollo psicomotor	Hasta \$150 al año	Hasta \$150 al año	Hasta \$150 al año	Hasta \$150 al año
Alquiler de equipos para monitoreo e infusión de medicamentos	\$60,00 al 100% sin deducible	\$60,00 al 100% sin deducible	\$60,00 al 100% sin deducible	\$60,00 al 100% sin deducible
Medicina natural / homeopatía / acupuntura	8 sesiones al año			
Diálisis y hemodiálisis domiciliaria y no domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria, como cualquier incapacidad	CCI	CCI	CCI	CCI
Ondas de choque bajo los siguientes diagnósticos: Pseudoartrosis, Fascitis Plantar, Epicondilitis, Tendinopatía Crónica una vez al año por un diagnóstico	\$150 al 100%, sin deducible	\$150 al 100%, sin deducible	\$150 al 100%, sin deducible	\$150 al 100%, sin deducible

COBERTURAS SEGURO ASISTENCIA MEDICA	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 4
Cirugía robótica en exceso de la cirugía convencional incluye gastos de quirófano, honorarios médicos, insumos y suministros como cualquier incapacidad hasta:	\$600,00	\$1.000,00	\$1.500,00	\$2.000,00
Cobertura para emergencias por escopolamina, como cualquier incapacidad	CCI	CCI	CCI	CCI
Tratamiento de hormona de crecimiento para casos según Anexo B	CCI	CCI	CCI	CCI
Cobertura de tratamientos de lesiones o enfermedades ocurridas o sufridas como producto del consumo de alcohol, drogas y estupefacientes, siempre y cuando no sean producto de actos tipificados como faltas a la ley, infracciones, contravenciones y/o delitos, cobertura anual como cualquier incapacidad hasta:	\$500,00	\$500,00	\$500,00	\$500,00
Cobertura de tratamientos que sean consecuencias de intento de suicidio producto de enfermedad mental de base orgánica, cobertura anual como cualquier incapacidad hasta:	CCI	CCI	CCI	CCI

COBERTURAS SEGURO ASISTENCIA MEDICA	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 4
Cobertura para gastos de complicaciones médicas a consecuencia de una cirugía estética. Esta cobertura está limitada a estabilizar la condición médica del afiliado, pero no contempla la cobertura de la cirugía estética, así como tampoco los gastos hospitalarios o ambulatorios posteriores a su estabilización, cobertura anual como cualquier incapacidad hasta:	CCI	CCI	CCI	CCI
Exoneración de Primas	En caso de fallecimiento del titular, sus dependientes no cancelan el pago de primas hasta la fecha de vencimiento del contrato			
Servicio Dental				
Examen clínico y diagnóstico, consulta con especialistas, fase higiénica (profilaxis), rayos X, urgencias, alivio del dolor	\$20 al 100% sin deducible			
Extracción de terceros molares, titulares y dependientes	\$80,00, al 100% una vez al año, sin deducible	\$80,00, al 100% una vez al año, sin deducible	\$80,00, al 100% una vez al año, sin deducible	\$80,00, al 100% una vez al año, sin deducible
Carencias (aplica nuevas inclusiones)				
Límite de Ingreso por Edad	Sin límite de edad para ingreso. A partir de los 65 años todos los beneficios se cubrirán al 50% hasta el monto máximo contratado			
Continuidad de cobertura y preexistencias	Si, aplica para asegurados que vengan de otro seguro de asistencia médica o medicina prepagada, siempre y cuando hayan estado más de 6 meses en la aseguradora anterior			
Emergencias y urgencias	24 horas			

COBERTURAS SEGURO ASISTENCIA MEDICA	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 4
Servicios Ambulatorios	30 días			
Servicios Ambulatorios preexistentes	90 días			
Servicios Hospitalarios para enfermedades preexistentes y no preexistentes	90 días			
Maternidad	60 días			
Enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias y enfermedades catastróficas, raras o huérfanas	180 días			
Presentación de reclamos	90 días			
Liquidación de reclamos	8 días laborables			
Tipo de Red de Prestadores (Tabla de Honorarios Médicos)	Nivel 5	Nivel 5	Nivel 5	Nivel 5
PRIMA MENSUAL SEGURO MEDICO TITULAR (Incluye impuestos de ley)	\$50,45	\$57,49	\$67,41	\$82,54
PRIMA MENSUAL SEGURO MEDICO TITULAR + 1 (Incluye impuestos de ley)	\$90,04	\$103,52	\$129,60	\$165,10
PRIMA MENSUAL SEGURO MEDICO TITULAR + FAMILIA (Incluye imp. de ley)	\$129,03	\$160,99	\$182,54	\$218,74
Tipo de Red de Prestadores (Tabla de Honorarios Médicos)	Nivel 7	Nivel 7	Nivel 7	Nivel 7

COBERTURAS SEGURO ASISTENCIA MEDICA	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 4
PRIMA MENSUAL SEGURO MEDICO TITULAR (Incluye impuestos de ley)	\$62,64	\$71,37	\$83,68	N/A
PRIMA MENSUAL SEGURO MEDICO TITULAR + 1 (Incluye impuestos de ley)	\$111,78	\$128,51	\$160,90	N/A
PRIMA MENSUAL SEGURO MEDICO TITULAR + FAMILIA (Incluye imp. de ley)	\$160,19	\$199,86	\$226,62	N/A

Nota importante:

Las fechas de suscripción son las siguientes:

- Si se envía la información del 01-10 de cada mes, el contrato de seguros saldrá con fecha 01 de ese mismo mes.
- Si se envía la información del 10 en adelante, el contrato de seguros saldrá con fecha 16 de ese mismo mes.

Andres Patricio Leon Pilco
 Cliente
 0105166755

Andres Leon
 Ejecutivo
 0105166755

Subgerente de Negocios:	Ariana González
Teléfono	+593 98 404 6766
Correo:	ariana.gonzalez@eia-brokers.com