

COBERTURAS	LIMITE
Muerte Accidental	\$ 5.000.00
Incapacidad Total y Permanente	\$5.000.00
Desmembración Accidental	\$ 5.000.00
Gastos Médicos por Accidente (Doble Indemnización dentro de la Unidad Educativa)	\$ 1.250.00
Gastos de Sepelio por Cualquier Causa	\$ 400.00
Beca Estudiantil por Cualquier Causa	\$ 3.000.00
Ambulancia por Accidente incluido dentro de los Gastos Médicos	SI
Crédito Hospitalario dentro de la Red Latina	SI
Deducible dentro de la Unidad Educativa	NO
Deducible fuera de la Unidad Educativa	\$ 25.00

CLÍNICAS AFILIADAS - GUAYAQUIL
OMNIHOSPITAL
CLINICA KENNEDY ALBORADA
CLINICA ALCIVAR, CLINICA ALTAMIRANO
CLINICA KENNEDY POLICENTRO,SAMBORONDON
HOSPITAL ROBERTO GILBERT
CLINICA SAN FRANCISCO ,CLINICA SANTA MARIA , CLINICA PANAMERICANA
CLINICA ALBORADA, HOSP. LEON BECERRA
HOSPITALES DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA
CLINICA GUAYAQUIL

DOCUMENTOS PARA REEMBOLSOS

- ✓ Formulario de reclamación de la Aseguradora, firmada y sellada por el médico tratante con su respectivo diagnóstico.
 - ✓ Orden de exámenes de laboratorio, de imagen, hrs. Tac, RMN, etc. (Puede ser copia)
 - ✓ Resultados de exámenes y/o informes, con sus respectivos desgloses de valores.
 - ✓ Factura de laboratorio clínico, imagen o medicinas completamente llena.
 - ✓ Receta médica en caso de medicinas(Original)
 - ✓ Factura legal de la Clínica y Hospital (Reembolso Hospitalario) que respalden todos los gastos médicos incurridos y cumplan las normas legales del SRI
 - ✓ Copia Cédula de Identidad del Representante Legal
 - ✓ Copia Récord Operatorio y de Anestesia (Reembolso Hospitalario)
- En caso de no ser atendido dentro de la Red Latina se pagarán los gastos vía reembolso.

DESCUENTOS CENTROS MEDICOS AMBULATORIOS



Gye - Kennedy Calle 8va y Av del Periodista
PBX : 2693080 Celular :



Gye - Calle 6 de Marzo y Camilo de Estruge
PBX : 04) 2448700
Celular : 09952 6646 - 09324 1451

INSTRUCTIVO DEL PLAN ESTUDIANTIL DE ACCIDENTES PERSONALES

CENTRO EDUCATIVO ECOMUNDO MATUTINO



LATINA
seguros

DPTO. SINIESTROS LATINA SEGUROS

Ing. Orlando Villegas Morales
Ejecutivo de Siniestros Teléfono.042-880-200 Ext. 229 orlando.villegas@latinaseguros.com.ec



INSURGO ASESORES DE SEGUROS

En caso de alguna emergencia comunicarse: **CALL CENTER:** 022-973151 ó 1700-528-462, las 24 horas del día, los 365 días del año. Este servicio lo derivara a la Institución de Salud más cercana.

No se cubrirá insumos como: gastos de teléfono, TV, cable, garantías de control remoto y cama de acompañante, refrigerios, vajilla desechable, útiles de aseo personal, set de limpieza y rasura, frascos recolectores, termómetro, guantes de manejo, vaso de agua embotellada, leche de formula, brazalete de identificación, pañales, fundas de basura,

cereales, nebulizados, fundas de hielo, patos, bidet, batas, gorras, mascarillas, mandiles, botas desechables, bigotera, clamp umbilical, vacunas, vitaminas, insumos personales e insumos reutilizables.

Es importante mencionar que una vez atendida la emergencia y dado de alta el paciente, deberá pagar el deducible pactado en las Condiciones Particulares que tiene un costo de USD 25.00 si el Accidente es fuera de la Unidad Educativa.

En caso de una operación y hospitalización y los costos excedan de USD 500.00 deberá dejar una garantía.

Este beneficio se lo brinda también a Nivel Nacional con la Red de Clínicas en Convenio de LATINA SEGUROS.

EXCLUSIONES QUE EL SEGURO NO CUBRE:

1. Cualquier enfermedad mental o corporal y las consecuencias de tratamientos médicos quirúrgicos no motivados por accidentes.
2. Asesinatos, pleitos, riñas y contiendas.
3. Los denominados "accidentes médicos", tales como apoplejías, además agudos, vértigos, ataques epilépticos y otros análogos,
4. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar, guerra.
5. Lesiones causadas intencionalmente como suicidio o tentativa de suicidio
6. Accidentes causados por energía nuclear.
7. Deportes peligrosos tales como motocross, body jumping, montañismo, paracaidismo y parapente.
8. Accidentes causados bajo la influencia de alcohol y estupefacientes.
- 9.

*El presente informativo de seguro está sujeto a los términos y condiciones y exclusiones mencionadas en la póliza de seguro. La Aseguradora pagara hasta el límite asegurado, de acuerdo al listado proporcionado por la Unidad Educativa.

DESCRIPCION DE COBERTURAS:

Muerte por cualquier causa:

Si el asegurado, muere por cualquier causa, a excepción del suicidio durante el primer año de vigencia de la póliza; la Compañía pagará a quien corresponda, la suma contratada, la cual figura en el contrato de seguro.

Exclusiones:

Enfermedades preexistentes
Suicidio

Muerte Accidental:

Si el asegurado falleciere a causa única y directa de las lesiones corporales sufridas en un accidente cubierto, la Compañía pagará a quien corresponda, la suma contratada, la cual consta en el presente contrato de seguro.

Desmembración Accidental:

Si el asegurado, a causa única y directa de las lesiones corporales sufridas en un accidente cubierto y sufre la pérdida física o funcional de algún miembro; la Compañía pagará al asegurado el porcentaje del valor contratado que corresponda de acuerdo a lo estipulado en la siguiente tabla

Pérdida total de la visión de los dos ojos 100%
Pérdida total de la razón o locura incurable 100%
Pérdida completa de los dos brazos o de las dos manos 100%
Pérdida completa de las dos piernas o de los dos pies 100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna 100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie 100%
Pérdida total de la visión de un ojo 30%
Reducción de la visión binocular 20%

Ablación de la mandíbula inferior 30%
Sordera completa e incurable de los dos oídos 40%
Sordera completa e incurable de un oído 10%
Pérdida de sustancia del cráneo en todo su espesor:
a. superficie de más de 6 cm² 35%
b. superficie de 3 a 6 cm² 20%
c. superficie inferior a 3 cm² 10%

Gastos médicos por accidente:

Si el asegurado, a causa única y directa de las lesiones corporales sufridas en un accidente cubierto, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes contados a partir de la fecha del accidente, este requiera atención médica, quirúrgica, la Compañía pagará al Asegurado, el costo del tratamiento médico, quirúrgico, ambulancia, hospital, Enfermera y medicinas que se receten, sin exceder de la suma asegurada. El importe correspondiente a medicamentos solo será pagadero previa la presentación de la respectiva receta médica y la factura correspondiente.

Gastos de Sepelio por cualquier causa:

Si por cualquier causa, a excepción del suicidio durante el primer año de vigencia de la póliza, El Asegurado fallece, la Compañía pagará a los beneficiarios la suma contratada para este amparo, destinado a cubrir los gastos del sepelio.

Beca Estudiantil por Cualquiera Causa:

Si por cualquier causa que esta cubierta, falleciere cualquiera de los padres del estudiante asegurado (Representante legal identificado en las Actas de la Unidad Educativa, cuyo listado haya sido proporcionado a la Aseguradora al inicio de la vigencia) La Compañía pagará el monto contratado para esta cobertura en 12 cuotas mensuales iguales, para cubrir el pago de la pensión y demás gastos de educación. Y el fallecimiento del representante no sea a consecuencia de una enfermedad pre-existente, declarada antes del inicio de esta cobertura.