



Comparador de Planes de Cobertura Nacional

	Sigma	Innova	Gastos Médicos Mayores
TABLA DE COBERTURAS			
Tipo de Plan	Individual	Individual	Individual
Ámbito Geográfico de Cobertura	Ecuador	Ecuador	Ecuador
Modalidad	Abierta	Abierta	Abierta
Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente	USD. 150,000	USD 120.000	USD. 500,000
Límite de Copago Hospitalario por Año Contrato, por Titular y/o Dependiente	USD. 8,000	USD 10.000	n/a
Tipo de Deducible	Opción I: Por Año Contrato, por Titular y/o Dependiente para todas las Incapacidades hospitalarias y/o ambulatorias Opción II: Por incapacidad ambulatoria	Por Año Contrato, por Titular y/o Dependiente para todas las Incapacidades hospitalarias y/o ambulatorias	Por Año Contrato, por Titular y/o Dependiente
Valor de Deducible	Opción I: USD. 150 ; USD. 250 ; USD. 500 ; USD. 1,000 ; USD. 2,000 Opción II: USD. 150	USD 250	Opción I: USD. 5,000 ; Opción II: USD. 10,000; Opción III: USD. 15,000; Opción IV: USD. 20,000
Nombre del Tarifario Aplicable	Tarifario BMI	Tarifario BMI	Tarifario BMI
Período de Incapacidad	365 Días	365 Días	365 Días
Período de Acumulación de Cuentas	180 Días	180 Días	180 Días
Período de presentación de siniestros	90 Días	90 Días	90 Días
COBERTURA AMBULATORIA			
Atención Ambulatoria incluye consultas, exámenes, tratamientos y demás prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones Generales de este Contrato. En el caso de Medicamentos, terapias y medicina ancestral se sujetarán a sus propios límites	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura

	Sigma	Innova	Gastos Médicos Mayores
Medicamentos	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Terapias prescritas como parte del tratamiento de una Incapacidad, sujetas al análisis de que son Medicamente Necesarias y a lo establecido en las Condiciones Generales de este Contrato	Monto total de cobertura	25 terapias por incapacidad	Monto total de cobertura
Medicina ancestral	USD. 500	USD. 500	USD. 500
Medicina alternativa	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Urgencia o Emergencia Médica con ocasión de un Accidente en tanto sea tratada dentro de las cuarenta y ocho (48) horas inmediatas siguientes al Accidente siempre y cuando no requiera de hospitalización, sin aplicación de Deducible ni Copago	USD. 1,000	USD. 500	n/a
COBERTURA PREHOSPITALARIA			
Servicio local de Ambulancia terrestre, fluvial o aéreo legalmente autorizado por la Autoridad Sanitaria Nacional	USD. 100	USD 100	USD. 100
COBERTURA HOSPITALARIA			
Atención Hospitalaria incluye visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, y demás beneficios descritos en las Condiciones Generales de este Contrato. En el caso de Cuarto y Alimento, Unidad de Cuidados Intensivos se sujetarán a sus propios límites	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Cuarto y Alimento Diario sin aplicación de Deducible ni Copago	USD. 200	USD. 200	Monto total de cobertura
	Máximo 240 días	Máximo 240 días	Máximo 240 días
Unidad de Cuidados Intensivos Diario sin aplicación de Deducible	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
	Máximo 240 días	Máximo 240 días	Máximo 240 días
COBERTURA DE MATERNIDAD			
Atención de Embarazo, sin aplicación de Deducible ni Copago	USD. 2,000	USD 1.000	n/a

	Sigma	Innova	Gastos Médicos Mayores
Atención de Embarazo	n/a	n/a	Monto total de cobertura
Complicaciones que se presenten durante el embarazo por hipertensión arterial inducida por el embarazo, preeclampsia, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro, aborto no punible, embarazo ectópico, complicaciones del nonato y complicaciones del postparto.	USD. 25,000	n/a	n/a
Complicaciones que se presenten durante el embarazo por hipertensión arterial inducida por el embarazo, preeclampsia, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro, aborto no punible, embarazo ectópico, complicaciones del nonato y complicaciones del postparto.	n/a	USD 15.000	USD. 50,000

COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO

Atención del recién nacido y sus complicaciones (De una maternidad cubierta o inclusión intrauterio)	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

COBERTURAS OBLIGATORIAS

Enfermedades Crónicas, Catastróficas sobrevinientes a la suscripción de este Contrato	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Emergencia Médica por Accidente o Enfermedad	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Prestaciones de Prevención Primaria de acuerdo a lo estipulado en el Capítulo XXXIII Prestaciones con Tarifa Cero de las Condiciones Generales de este Contrato	n/a	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Prestaciones de Prevención Primaria de acuerdo a lo estipulado en el Capítulo XXXIII Prestaciones con Tarifa Cero de las Condiciones Generales de este Contrato	Monto total de cobertura	n/a	n/a
Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional	USD. 500	USD 500	USD. 500

PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES

No se puede excluir individual o colectivamente la cobertura de atenciones por condiciones laborales o profesionales. Sin embargo, se puede ajustar las primas y/o cuotas de acuerdo con el riesgo.	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Respecto al consumo de alcohol, drogas y estupefacientes, las únicas exclusiones permitidas son las Enfermedades, lesiones, secuelas y complicaciones producto de actos tipificados como faltas a la ley, infracciones, contravenciones y/o delitos.	USD. 500	USD 500	USD. 500

	Sigma	Innova	Gastos Médicos Mayores
No se podrá excluir la cobertura para atención de emergencia para condiciones que sean consecuencias de intento de suicidio, producto de Enfermedad mental de base orgánica.	USD. 500	USD 500	USD. 500
PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
Límite Máximo por Año Contrato para Condiciones Preexistentes relacionadas a una discapacidad, por Titular y/o Dependiente	20 SBU	20 SBU	20 SBU
CONDICIONES PREEXISTENTES			
Límite Máximo por Año Contrato para todas las Condiciones Preexistentes declaradas, por Titular y/o Dependiente	20 SBU	20 SBU	20 SBU
OTRAS COBERTURAS			
Trasplantes de Órganos	USD. 75,000	USD. 40,000	USD. 250,000
Enfermedades Congénitas, Genéticas y Hereditarias sobrevinientes a la suscripción de este Contrato	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Enfermedades Degenerativas y Raras sobrevinientes a la suscripción de este Contrato	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
Atención oncológica integral que incluye cirugía reconstructiva y rehabilitación, siempre y cuando sea Médicamente Necesario y/o exista una Incapacidad	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura
COBERTURAS ADICIONALES			
Ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía, solo para Titular y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho	Monto total de cobertura	n/a	Monto total de cobertura
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente declarada, incurrida durante el Período de Carencia establecido para Condiciones Preexistentes, por Titular y/o Dependiente	USD. 500	n/a	USD. 500
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente no declarada, por Titular y/o Dependiente	USD. 500	n/a	USD. 500
Urgencia Médica por Accidente o Enfermedad	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura

	Sigma	Innova	Gastos Médicos Mayores
Prótesis siempre que sean Médicamente Necesarias y parte del tratamiento de una Incapacidad	Monto total de cobertura	USD 10.000	n/a
Aparatos ortopédicos, excepto audífonos, siempre que sean Médicamente Necesarios y parte del tratamiento de una Incapacidad	Monto total de cobertura	USD 10.000	n/a
Extracción de terceros molares (Límite máximo por molar)	USD. 120 Por molar	USD 120 por molar	n/a
Excimer láser (desde 5.5 dioptrías únicamente en: Quito - Vistotal, Guayaquil - Dr. Francisco Rivera / Dr. Antonio Ordóñez)	Monto total de cobertura	Monto total de cobertura	n/a
Fórmulas alimenticias medicadas para Dependientes menores de dos (2) años siempre y cuando la Incapacidad obligue su utilización y sea prescrita por un Médico	USD. 3,000	USD 500	USD. 3,000
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), SCRS y lo relacionado a HIV Positivo	USD. 10,000	USD 10.000	USD. 10,000
Tratamiento Dental de Urgencia a Consecuencia de Accidente	Monto total de cobertura	USD 1.000	Monto total de cobertura
Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para menores de dieciséis (16) años (Límite máximo por día)	USD. 50 Máximo 10 Días	USD 50 Máximo 10 Días	USD. 50 Máximo 10 Días
Gastos médicos causados a consecuencia de lesiones que surjan como resultado del servicio activo en calidad de Policía, de miembro de las Fuerzas Armadas, Cuerpo de Bomberos o de Empresas de Seguridad	USD. 500	n/a	USD. 500
Tratamiento para lesiones como consecuencia de la participación en competencias, demostraciones o entrenamientos de Deportes Profesionales, por la cual el Titular y/o Dependientes reciban una compensación monetaria o beneficio financiero	USD. 500	n/a	USD. 500
Cirugía robótica	USD. 25,000	USD. 25,000	USD. 25,000

CONDICIONES PREEXISTENTES NO DECLARADAS

Sigma

Innova

Gastos Médicos Mayores

Condiciones preexistentes no declaradas carecen de cobertura

n/a

n/a