

# Presentación de beneficios programa de seguros

---

Vigencia: 01 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026



# 1. Herramientas tecnológicas

---

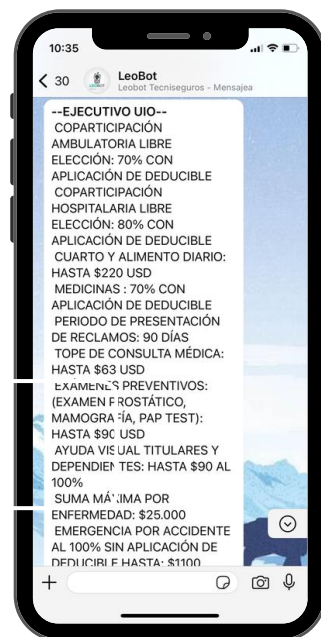
Vigencia: 15 de agosto de 2025 al 14 de agosto de 2026



# Herramientas Tecnológicas



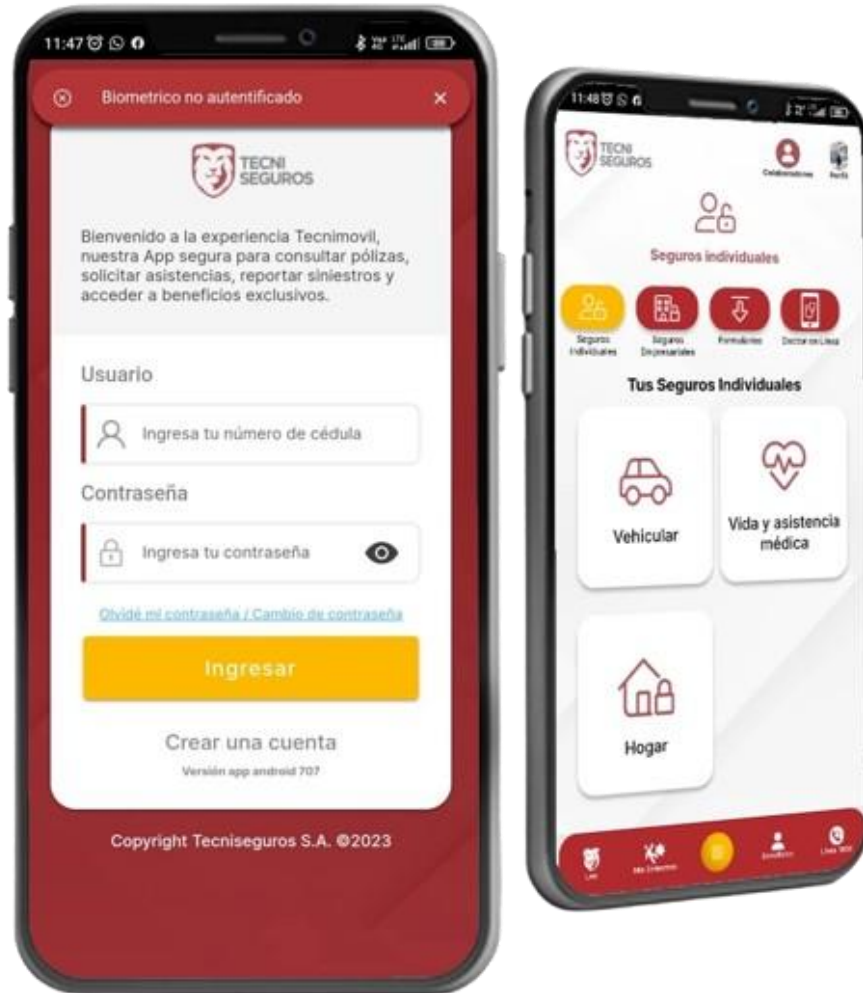
095 869 2170



- Mediante WhatsApp podrás Ingresar un reembolso.
- Revisar el estado de tu reembolso
- Revisar el detalle de tu reembolso
- Tomar citas médicas.



# Herramientas Tecnológicas



Descarga tu aplicación **TECNISEGUROS**

- Ingresar un reembolso
- Revisar el estado de tu reembolso
- Revisar el detalle de tu reembolso



## Beneficio Gratuito con Tecniseguros



### TELEMEDICINA

#### HEMOS RENOVADO LA COBERTURA DE TELEMEDICINA

Además de tus consultas de medicina general, también podrás acceder gratuitamente a consultas de Nutrición y Psicología. Así cuidarás tu bienestar integral.

Para acceder a este servicio, comunícate al:  
1800 882983 / 096-315-0005 / 096-315-0004

#### ¿QUE ATENCIÓN RECIBIRÁS?

- Un operador atenderá tu llamada y realizará preguntas para valorar el estado de tu salud o la del paciente y derivará tu caso al especialista adecuado.
- El especialista se comunicará contigo via telefónica para que puedas recibir la atención.
- Si se requiere medicación, se prescribirá una receta electrónica y se podrá realizar la compra en las farmacias de convenio.

RECUERDA GUARDAR EL CONTACTO EN TU CELULAR PARA LAS PRÓXIMAS ATENCIONES.



# Herramientas Tecnológicas



Bares y  
Restaurantes



Deportes y  
Entrenamiento

Descuentos



Salud y  
Belleza



Productos y  
Servicios



Hoteles y  
Turismo



Cafeterías



Moda



# 2. Seguro de Vida

---

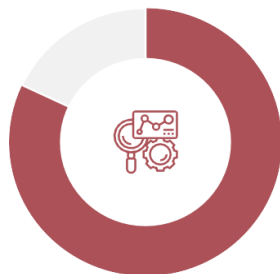
Vigencia: 01 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026



# SEGURO DE VIDA

Cobertura única y exclusivamente para el titular de acuerdo a las siguientes especificaciones:

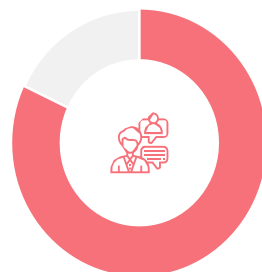
**Monto \$25.000**



Muerte por cualquier causa.



Incapacidad total y permanente por cualquier causa.



Muerte y/o desmembración accidental



Anticipo por enfermedad terminal  
50%



# 3. Seguro de Asistencia Médica

---

Vigencia: 01 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026



**Metropolitana**  
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

# Información para Movimientos

---

Debe enviarse la documentación inmediatamente en los siguientes casos:

Cambio de estado civil: matrimonio, divorcio, convivencia o viudez.

Embarazo: titular, cónyuge o conviviente legal.

Inclusión de recién nacido.

**Plazo máximo: 30 días para reportar.**

En caso de no hacerlo, la aseguradora podrá incluir bajo limitación de cobertura para enfermedades preexistentes, con ingreso en la siguiente facturación.

## **Cobertura titulares y cónyuges**

Inclusiones hasta los 65 años y límite de permanencia 85 años.

La cobertura será de \$120.000 del monto asegurado una vez cumplido los 71 años hasta los \$85 años.

## **Cobertura de Hijos**

Desde los 0 años hasta los 27 años, siempre que sean estudiantes a tiempo completo, solteros y no hayan aportado al IESS.



# Muy Importante



## Seguro de asistencia médica

---

El seguro de Asistencia Médica cubre gastos médicos destinados a curar y restablecer la salud de los asegurados, afectada por una enfermedad o accidente.

La cobertura se otorga para gastos ambulatorios y hospitalarios.

La cobertura se otorga las 24 horas del día, los 365 días del año, vigencia del contrato, de manera Local.

**\*\*Los procedimientos, medicinas y doctores deben estar reconocidos y autorizados por las distintas entidades regulatorias tales como la Federación Médica Ecuatoriana, ACESS, Senescyt, SRI.**



# Cobertura a nivel nacional



# Coberturas Asistencia médica 50416

|   | COBERTURA   |
|---|---|
| Suma Máxima Asegurada por Incapacidad                             | \$160.000   |
| Cobertura para SIDA, SCRS relacionado a VIH                       | Como cualquier incapacidad-                                     |
| Deducible anual ambulatorio (máximo 3 por familia)                | \$150   |
| Deducible por cada evento hospitalario                            | \$150 por persona   |
| Presentación de reclamos  | 80 días   |
| Consulta médica (libre elección)                                  | Quito y resto de provincias <b>\$60</b><br>Gye y Cuenca \$62,50 |
| Copago ambulatorio red preferencial (sin aplicación de deducible) | 80/20   |
| Copago ambulatorio libre elección (con aplicación de deducible)   | <b><u>70/30</u></b>   |



## Centros médicos de red (Quito)



| PRESTADORES                 | FEE  |
|-----------------------------|------|
| VERIS                       | \$10 |
| SIME                        | \$10 |
| AXXIS (médicos en convenio) | \$10 |
| MEDILINK                    | \$10 |
| VOZANDES                    | \$10 |
| METRORED                    | \$10 |
| PARAMI                      | \$10 |



\*No aplica copago para especialidades de Psicología, Psiquiatría, Nutrición y cobertura para Odontología.



## Centros médico PUCE Salud (Quito)



| ESPECIALIDAD  | FEE  |
|---|------|
| PSICOLOGÍA  | \$5  |
| NUTRICIÓN   | \$10 |
| OTRAS ESPECIALIDADES  | \$10 |
| COBERTURA DENTRO DE PRESTADOR MÉDICO: DISPENSARIO PUCE, SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE, AL | 90%  |

**\*Se otorga cobertura bajo copago de \$10 en examen (Papanicolau), aplica una vez al año**

## Centros médicos de red (Guayaquil)



| PRESTADORES | FEE  |
|-------------|------|
| VERIS       | \$10 |
| ECUAMERICAN | \$10 |
| MEDIGLOBAL  | \$10 |
| MEDILINK    | \$10 |
| METRORED    | \$10 |
| PARAMI      | \$10 |

Centros Médicos  
**Metrored**  
con el respaldo del Hospital Metropolitano

veris 

medi+global

 **ParaMí**  
CENTROS MÉDICOS CONVENIENTE

\*No aplica copago para especialidades de Psicología, Psiquiatría, Nutrición y cobertura para Odontología.

## Centros médicos de red (Cuenca)

---



| PRESTADORES          | FEE  |
|----------------------|------|
| HOSPITAL DEL RIO     | \$10 |
| VERIS                | \$10 |
| HOSPITAL MONTE SINAI | \$10 |
| ECUAMERICAN          | \$10 |



# Proceso de atención en centros médicos de red

---

## 1.- Comunicación con el prestador

- Contactar al prestador para agendar la cita.

## 2.- Cita médica

- Acudir a la cita 30 minutos antes para realizar el pago del copago respectivo.

## 3.- Atención y servicios

- Si se requieren exámenes, se pueden realizar directamente dentro del prestador, Se debe pedir pre autorización a Tecniseguros si el examen supera los \$500.
- En caso de que el prestador no cuente con el servicio, se puede realizar los exámenes en cualquier otro prestador de red y pagar copago del 20%

## 4.- Validez de pedidos médicos

- Todo tipo de pedido tiene validez de 30 días.
- Medicación continua 6 meses.



# Cobertura ambulatoria Asistencia médica

|                        | Libre elección   | Dentro de red                              |
|------------------------|--|--|
| Cobertura medicamentos | <b><u>70/30 con aplicación de deducible y copago</u></b> | Copago directo del 20% en Farmacias de RED |



099 650 1460



- Receta con nombres completos, diagnóstico, posología, firma y sello médico tratante.
- Para medicación continua se debe agregar “medicación continua”, validez del pedido 6 meses.



# Médico a domicilio

---

\$10



Pide tu médico a domicilio  
al contacto 2-990-711





# Cobertura Hospitalaria Asistencia médica (Quito)

|                        | Libre elección  | Red Preferencial  | Red completa   | Red Diferenciada                              |
|------------------------|---|---|--|---|
| Cobertura hospitalaria | <b>70/30</b><br><b>(con aplicación de deducible)</b>                        | <b>90/10</b><br><b>(con aplicación de deducible)</b>  | 80/20<br>(con aplicación de deducible)   | 70/30<br>(con aplicación de deducible)        |
| Hospitales de RED      | Se paga la totalidad y se presenta por reembolso para análisis de cobertura | Hospital Vozandes<br>San Bartolo<br>Hospital Padre Carollo<br>Clínica de Especialidades del Sur<br>Clínica Adventista<br>Clínica Hospital San Rafael<br>Novaclínica del Valle | Novaclínica Santa Cecilia<br>Northospital Axxis<br>Hospital de los Valles<br>Hospital Alianza<br>Clínica Internacional | Hospital Metropolitano<br><br>Clínica Pasteur |

\*Prestadores en red preferencial sujeto a cambios.



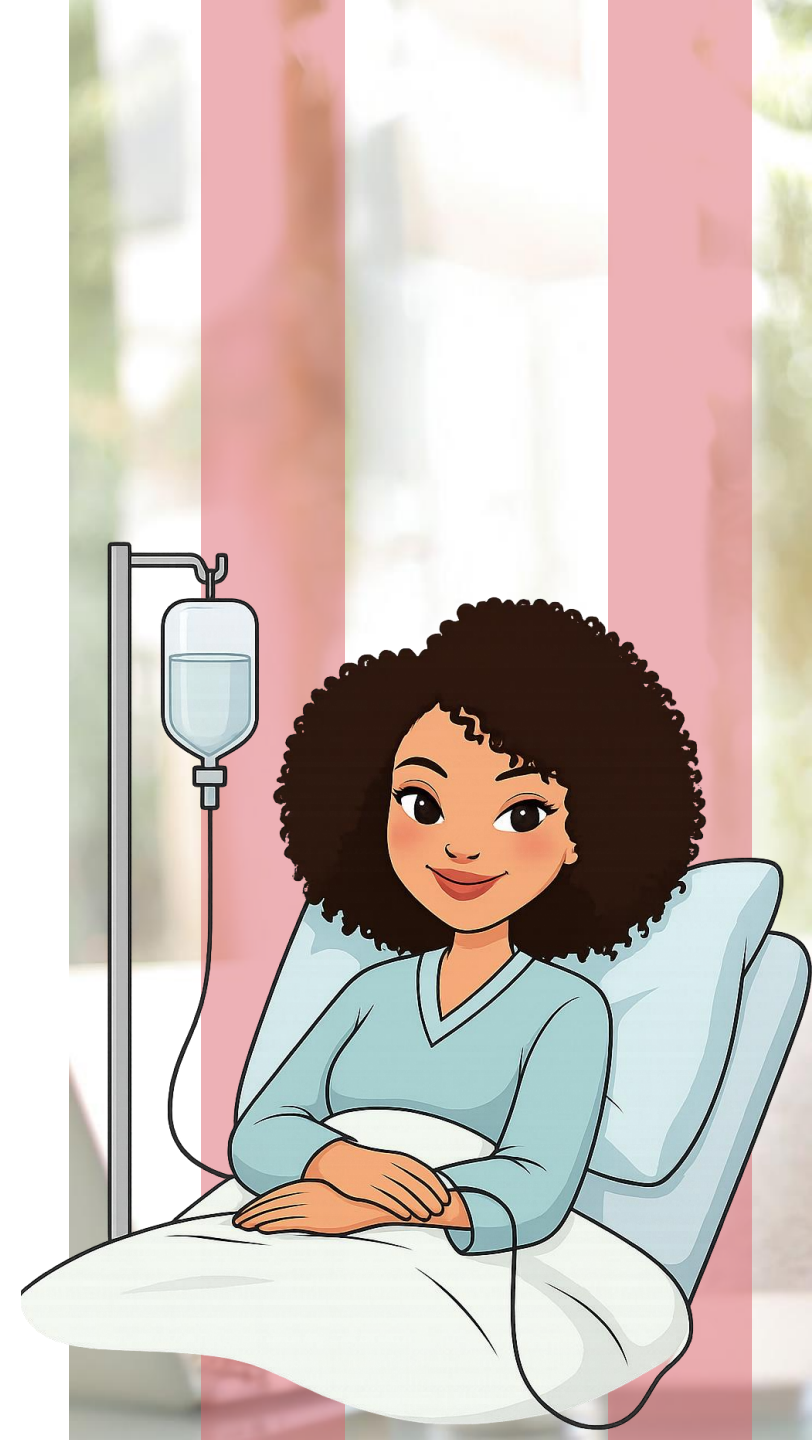
# Cobertura Hospitalaria Asistencia médica (Guayaquil)

|                        | Libre elección  | Red preferencial  | Red completa                           | Red diferenciada                       |
|------------------------|---|---|--|--|
| Cobertura hospitalaria | <b><u>70/30</u></b><br><b>(con aplicación de deducible)</b>                 | <b><u>90/10</u></b><br><b>(con aplicación de deducible)</b>             | 80/20<br>(con aplicación de deducible) | 70/30<br>(con aplicación de deducible) |
| Hospitales de RED      | Se paga la totalidad y se presenta por reembolso para análisis de cobertura | Clínica Panamericana<br><br>Clínica Santa María<br><br>Clínica Granados | Luis Vernaza<br><br>Hospital Alcivar   | Omnihospital<br><br>Clínicas Kennedy   |



# Cobertura Hospitalarias Asistencia médica

|  | Cobertura   |
|--|---|
| Cuarto y alimento diario                                   | <b><u>\$240 al 100% sin aplicación de deducible</u></b> |
| Máximo de días de cuarto y alimento                        | Sin límite de días                                      |
| Unidad de cuidados intensivos                              | \$1200<br>Como cualquier incapacidad                    |
| Máximo de días por unidad de cuidado intensivos            | Sin límite de días.                                     |
| Cama acompañante menores de 16 años- y mayores de 70 años. | <b><u>\$70 con aplicación deducible y copago</u></b>    |



# Presentación de reembolsos

La documentación debe ser presentada únicamente al bróker de seguro por la aplicación de TECNISEGUROS o por correo a (kduran@tecniseguros.com.ec)

| Documentos principales                            | Observaciones   |
|---|---|
| Formulario de reclamación de gastos médicos (AIG) | Llenar información personal del paciente y con firma y sello del médico tratante.         |
| Facturas electrónicas                             | Gastos de consultas médicas, medicinas, exámenes de imagen, laboratorio y procedimientos. |
| Pedidos médicos                                   | Medicamentos – exámenes de imagen – laboratorio   |
| Resultados de exámenes médicos                    | Informes - imágenes   |

| Documentos adicionales                 | Observaciones  |
|--|--|
| Historia clínica                       | De ser el caso, se solicitará un documento que detalle la evolución de paciente.   |
| Certificados                           | Para reembolsar terapias físicas y/o de lenguaje, se deberá presentar un informe de fechas tomadas junto con un detalle del procedimiento realizado. |
| Reembolso Emergencia                   | Hoja de emergencia 008 (completa)  |
| Procedimientos quirúrgicos programados | Historia clínica más protocolo preoperatorio   |



**\*Tiempo de liquidación de 3 a 5 días laborales.**



# Coordinación de pre autorización para cirugía programada

## Recolección de documentos

- Formulario de pre-autorización firmado y sellado por el médico.
- Códigos de procedimientos (CPT)
- Historia clínica
- Resultados de exámenes relacionados con el diagnóstico



Metropolitana  
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

DEVOLVER CONFIRMACION AL  
FAX No. \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACION Y CONFIRMACION DE BENEFICIO

#### Estudios Especializados, Cirugías y Hospitalizaciones Electivas

#### CONFIRMACION SERA DEVUELTA EN UN PERIODO DE 48 HORAS

FAVOR COMPLETAR FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE

|   |  |
|---|--|
| Nombre del Asegurado:   | No. de Cédula / Certificado:   |
| Lugar de Trabajo:   | No. de Póliza:   |
| Teléfonos: Oficina: <input type="text"/>  | Residencia: <input type="text"/>                                       |
| Nombre del Paciente:  | No. de Cédula:   |
| Parentesco:   | Edad _____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| <i>Autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información adjuntando copias completas de la historia clínica de sus archivos.</i> |  |
| FIRMA DEL ASEGURADO:  | FECHA:   |

#### SECCION PARA SER COMPLETADA POR MEDICO TRATANTE Y/O HOSPITAL

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| Diagnóstico de Padecimiento Actual:       | <input type="text"/> Código de Diagnóstico ICD-10  | Fecha de Primeros Síntomas: |
| Breve Historia de Condición del Paciente: | Resultados de Laboratorios u Otros Exámenes Efectuados<br><i>(Adjuntar con solicitud).</i> |                             |
|   | Procedimientos, Estudios o Tratamientos a Efectuarse:<br>Código CPT / Nombre               |                             |
|   | •<br>•<br>•  |                             |

# Emergencia por un accidente



Cobertura para urgencias médicas al 100% sin deducible hasta \$ 700



Aplica únicamente para emergencias ambulatorias hasta las 24 horas posteriores al accidente.

Superado el valor de \$700 se aplica bajo los porcentajes de cobertura como cualquier incapacidad



# 4. Póliza Accidentes personales

---

Vigencia: 15 de febrero de 2026 al 14 de febrero de 2027

# Beneficio exclusivo para colaboradores titulares con seguro médico activo

## GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE \$5.000

Qué es un accidente: Es todo evento fortuito, imprevisto, eventual o acción de la que resulta un daño involuntario como por ejemplo: golpe, corte, caída, fractura, herida, contusión, esguince, asalto, etc.

La atención debe ser inmediata en un hospital o clínica de la red, para activar el beneficio de crédito hospitalario al 100% hasta el monto máximo.

En el alta médica, el colaborador debe cancelar \$15 por deducible, más gastos no cubiertos (insumos desechables, kit de aseo personal, exceso de honorarios).

Si el gasto es mayor a \$5.000, el afiliado debe cancelar y presentar los gastos para reembolso, dichos gastos serán ingresados a revisión y análisis de cobertura, con la póliza de asistencia médica, con % de cobertura según prestador y deducible por evento hospitalario.

Si el colaborador no hubiera aplicado al crédito hospitalario, hubiera utilizado un hospital fuera de la red o tuviera gastos posteriores a la atención por emergencia, deberá cancelar el 100% de todo y presentar para reembolso a través del correo: [erojas@tecniseguros.com.ec](mailto:erojas@tecniseguros.com.ec) / [kduran@tecniseguros.com.ec](mailto:kduran@tecniseguros.com.ec)



# Cobertura de accidente de tránsito

---

Cualquier evento que surja de un accidente de tránsito (medios de transporte público o privado), los gastos tanto hospitalarios como ambulatorios e incluso hasta los post operatorios en las casas de Salud Públicas o Privadas, deben estar cubiertos por el SPATT hasta un monto de \$ 3.000.

De acuerdo a la ley , el SPATT cubre hasta \$3.000 y el excedente se debe aplicar con la compañía de seguros.

\*Se requiere parte policial



# MATERNIDAD

- La cobertura de maternidad aplica únicamente para titular, cónyuge o conviviente legalmente reconocida que se encuentre como dependiente.
- Se debe reportar el embarazo hasta la semana 12 de gestación, presentando el certificado de embarazo en el que se detalle la fecha FUM.
- Para acceder a atenciones mediante copago, es importante notificar a TECNISEGUROS el embarazo y generar una carta de cobertura para el momento de las atenciones.
- Nuevas inclusiones tienen una carencia de 60 días para inicio (desde la fecha FUM) y cobertura de maternidad.

| ATENCIÓN DE EMBARAZO                      |                                   |
|---|-----------------------------------|
| DETALLE                                   | COBERTURA AL 100%                 |
| Parto Normal                              | <b>Hasta \$3.000</b>              |
| Cesárea                                   |                                   |
| Aborto no Provocado                       |                                   |
| <u>Atención pediatra al recién nacido</u> | <u>100%</u><br><u>hasta \$500</u> |



\*La cobertura de maternidad incluye los chequeos mensuales (consultas, exámenes de laboratorio, medicinas, ecografías), complicaciones de maternidad y el parto.



# Control de niño sano

Cobertura al 80% hasta \$10.000 incluye controles mensuales, vitaminas reglamentarias del (MSP), consultas y vacunas (MSP).

De 0 a 12 meses: 1 control mensual

De 13 a 23 meses: 1 control trimestral

De 24 meses a 6 años: 1 control anual

**Hasta los  
6 años de edad  
cumplidos**

## **Importante:**

Máximo 30 días a partir de la fecha de nacimiento se debe incluir al dependiente con la copia del certificado de nacimiento del registro civil.



Cobertura del recién nacido desde el primer día, siempre y cuando la maternidad haya tenido cobertura, caso contrario el bebé tendrá cobertura a partir del día 31.



# BENEFICIO DE CONTROL PREVENTIVO

## MAMOGRAFÍA Y ANTÍGENO PROSTÁTICO

Por control sin diagnóstico para titulares y dependientes cónyuges mayores a 40 años al 100% hasta **\$80**



## PAP TEST

Por control sin diagnóstico hasta **\$80** para titulares y dependientes cónyuges al 100% bajo reembolso



### Recuerde lo siguiente:

- No debe existir ninguna variación en los resultados por mínimos que sean sobre los rangos normales, caso contrario serán liquidados como cualquier enfermedad aplicando deducible y copago
- Este beneficio aplica 1 vez año (vigencia del contrato) y siempre será vía reembolso.
- Este beneficio aplica como chequeo rutinario de la salud, y no como chequeo o control de algún diagnóstico previamente establecido.



WOOW!

# Coberturas adicionales

| Beneficio   | Cobertura | Monto                             |
|---|-----------|-----------------------------------|
| Ambulancia terrestre  | 100%      | <u>Hasta \$250 via reembolso</u>  |
| Segunda opinión médica  |           | Incluido                          |
| Cristales ópticos (titulares y dependientes)                                  |           | Hasta \$40 (1 par/año)            |
| Audífonos medicados (titular y dependientes)                                  |           | Hasta \$300                       |
| Zapatos y plantillas ortopédicas (2 pares/año)                                |           | <b><u>Hasta \$70 cada par</u></b> |
| Medias elásticas medicadas  |           | <b><u>Hasta \$300</u></b>         |
| Cirugía de terceros molares impactados o incrustados                          |           | Hasta \$120 c/u                   |
| Consultas Psicológicas (máx. 12/año)  |           | Hasta \$25 c/u bajo reembolso     |
| Ambulancia aérea  |           | Hasta \$3.500                     |
| Alergias  |           | Hasta \$300                       |
| Aparatos ortopédicos  |           | Hasta \$500                       |
| <b><u>Consultas Psiquiátricas base orgánica (máx. 10 /año, empleados)</u></b> |           | <b><u>Hasta \$50</u></b>          |



# Coberturas adicionales

| Beneficio  | Cobertura                  | Monto                                  |
|--|----------------------------|--|
| Acné   | Como cualquier incapacidad | Monto máximo                           |
| Salpingectomía (ligadura – titular/cónyuge)                                | Como cualquier incapacidad | Monto máximo                           |
| Vasectomía (titular/cónyuge)   | Como cualquier incapacidad | Monto máximo                           |
| Terapias físicas y respiratorias a partir de la 16 debe ser preautorizada. | Como cualquier incapacidad | Hasta \$40                             |
| Aparato nebulizador (1 por año)  | 50%                        | <b>Hasta \$100</b>                     |
| Alquiler de sillas de ruedas y muletas (pre-autorizado)                    | 80%                        | Hasta \$500                            |
| Acupuntura, homeopatía y medicina natural (pre-autorizado)                 | Como cualquier incapacidad | Monto máximo                           |
| Leche medicada para menores de 5 años                                      | Como cualquier incapacidad | Monto máximo                           |
| Consultas nutricionales ( <b>Máx 10 al año</b> )                           | Como cualquier incapacidad | Hasta \$40 c/u en prestador con copago |



\*Demás coberturas asesorarse con su ejecutivo de servicio



# NOTAS IMPORTANTES

---

1. El formulario siempre debe estar firmado por el paciente.
2. Los pedidos de laboratorio deben contener máximo 3 diagnósticos.
3. No se cubren medicamentos que no contengan un principio activo.
4. No se otorga cobertura para vitaminas, sueros fisiológicos, pastillas masticables, suplementos nutricionales, así como, productos cosméticos como bloqueadores solares, desmaquillantes, despigmentantes, jabones, geles hidratantes, es decir, productos que marquen IVA.
5. No se cubren exámenes de carácter rutinario sin un diagnostico previo o presuntivo.



# BENEFICIOS TEMPORALES



**Metrored**  
Centros Médicos

**AIG** Metropolitana  
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

**TECNI**  
SEGUROS

BENEFICIO EXCLUSIVO PARA

**PONTÍFICA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL ECUADOR**

COPAGO **\$ 0,00**

**CONSULTAS MÉDICAS  
BÁSICAS Y DE ESPECIALIDAD**

Válido del 1 de Marzo al 31 de Mayo de 2026. No aplica para telemedicina. Aplican restricciones, aplica únicamente a consultas médicas que cuentan con fee.

Agenda tu cita a través de:

[metrored.med.ec](http://metrored.med.ec) | [App Metrored](#) | [0964 240 000](tel:0964240000)

Queremos contarles que, pensando en su bienestar, **desde el 1 de marzo hasta el 31 de mayo**, en **Metrored** el fee de consulta será **\$0**.



**Metrored**  
Centros Médicos

**AIG** Metropolitana  
CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

**TECNI**  
SEGUROS

BENEFICIO EXCLUSIVO PARA

**PONTÍFICA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL ECUADOR**

**CONSULTAS MÉDICAS | \$ 0,00**  
COPAGO

Válido del 1 de Marzo al 31 de Mayo de 2026. No aplica para telemedicina. Aplican restricciones, aplica únicamente a consultas médicas que cuentan con fee.

Un beneficio exclusivo para docentes y administrativos, diseñado para que puedan cuidar su salud sin preocuparse por el valor de la atención.



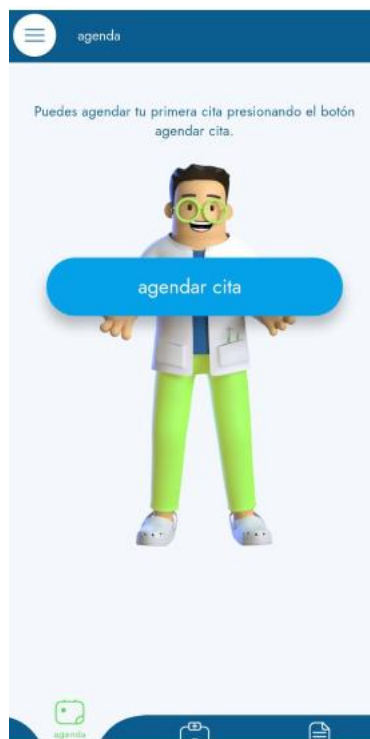
# Plan dental (titulares y dependientes)

---

## Descarga la aplicación Confident

- Beneficio aplica únicamente con copago en los centros odontológicos de la red Confident.
- No aplica carencia para titulares y dependientes activos.

**Cobertura  
90/10**



**Para acceder a su cita llame  
al 1800 44 77 44 o al 02-3958960**



# Coberturas Plan Dental

| PROCEDIMIENTO                            | ESPECIALIDAD    | DIAS DE CARENCIA |
|--|-----------------|------------------|
| CONSULTA CON CIRUGÍA                     | PREVENCIÓN      | 30               |
| CONSULTA CON ENDODONCIA                  | PREVENCIÓN      | 30               |
| CONSULTA CON IMPLANTOLOGÍA               | PREVENCIÓN      | 30               |
| CONSULTA CON ODONTOPEDIATRÍA             | PREVENCIÓN      | 30               |
| CONSULTA CON ORTODONCIA                  | PREVENCIÓN      | 30               |
| CONSULTA CON PERIODONCIA                 | PREVENCIÓN      | 30               |
| CONSULTA CON REHABILITACIÓN ORAL         | PREVENCIÓN      | 30               |
| EXAMEN CLÍNICO Y DIAGNOSTICO             | PREVENCIÓN      | 30               |
| FASE HIGIENCA (PROFILAXIS)               | PREVENCIÓN      | 30               |
| RAYOS-X (PERIAPICALES)                   | PREVENCIÓN      | 30               |
| EXTRACCIONES SIMPLES                     | CIRUGÍA         | 30               |
| REMOCIÓN CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES X BOCA | PERIODONCIA     | 30               |
| RESINA EN CARIES COMPLEJA                | OPERATORIA      | 30               |
| RESINA EN CARIES COMPUESTA               | OPERATORIA      | 30               |
| RESINA EN CARIES SIMPLE                  | OPERATORIA      | 30               |
| URGENCIAS Y ODONTALGIA                   | PREVENCIÓN      | 30               |
| APLICACIÓN DE FLÚOR (MENORES DE 15 AÑOS) | ODONTOPEDIATRÍA | 30               |
| RESINA EN TEMPORALES                     | ODONTOPEDIATRÍA | 30               |
| RESINA EN DEFINITIVOS                    | ODONTOPEDIATRÍA | 30               |
| EXTRACCIONES PEDIÁTRICAS CON ANESTESIA   | ODONTOPEDIATRÍA | 30               |
| EXTRACCIONES PEDIÁTRICAS CON MOVILIDAD   | ODONTOPEDIATRÍA | 30               |

Para acceder a su cita llame  
al 1800 44 77 44 o al 02-3958960



# Beneficio exequial



En caso de fallecimiento del Afiliado y/o Dependientes, la Compañía cubrirá los Gastos Exequiales siempre y cuando el servicio de exequias sea brindado en cualquiera de los Camposantos del Grupo Jardines del Valle.

El servicio corresponde dentro de la red a Nivel Nacional que opera con el Grupo Jardines del Valle que incluye nicho por arrendamiento 4 años para titulares y dependientes.

Si se decide contratar el servicio de exequias con un proveedor distinto al citado anteriormente, la Compañía no cubrirá ningún valor por reembolso de gastos de sepelio.

Trámites legales , Traslados locales a salas de velación, Cofre metálico, Sala de velación 24 horas en salas afiliadas a nivel nacional.

## ¿Que cubre?



**CONTACTO:**  
**0999609213**  
**1800244766**



# 4. Póliza Cobertura Gastos médicos capa alta

---

Vigencia: 01 de febrero de 2026 al 31 de diciembre de 2026



**humana**

# Beneficio Proteger

|   | COBERTURAS                                       |
|---|--|
| Suma Máxima Asegurada por Incapacidad             | \$500.000  |
| Deducible (365 días) por todas las incapacidades  | \$10.000   |
| Terapia Intensiva sin limite de días              | 100%<br>(cubierto el deducible)                  |
| Copago por incapacidad ambulatoria / hospitalaria | 100%<br>(cubierto el deducible)                  |
| Tope de consulta ambulatoria                      | <b><u>Quito \$60</u></b><br>Gye – cuenca \$62.50 |
| Medicamentos                                      | 100%<br>(cubierto el deducible)                  |
| Garantía  | No aplica Garantía para casos hospitalarios      |





# ¡Hola!

---

Soy Kathy tus asesora puedes realizar tus consultas por estos canales:



**099-989-3585**

[kduran@tecniseguros.com.ec](mailto:kduran@tecniseguros.com.ec)

PBX: : (593) 2 294 1600



¡GRACIAS!

---

