
BMI *Unique*



SERIE 3000

- Cobertura mundial con libre elección • Amplia red de prestadores en EE.UU.
- Servicio BMI Access incluido



Cobertura Máxima Por Asegurado (Por Año Póliza) 100%

EDAD DE INGRESO

El titular residente en el Ecuador podrá contratar el plan, siempre que sea mayor de edad. Se podrá incluir a dependientes hasta el segundo grado de afinidad y cuarto grado de consanguinidad. Los titulares y/o dependientes podrán mantener su cobertura sin límite de edad. Para hijos dependientes que residan en otro país por estudios, podrán permanecer hasta los 24 años.

DEDUCIBLE

Aplica por asegurado, por año póliza hasta un máximo de dos deducibles por familia. En caso de accidente común en el país de residencia, aplicará un solo deducible por familia por año póliza

	I*	II*	III*	IV*	V	VI	VII	VIII	IX	X
Fuera de EEUU	US\$500	US\$1.000	US\$2.500	US\$5.000	US\$10.000	US\$20.000	US\$30.000	US\$40.000	US\$50.000	US\$60.000
Dentro de EEUU	US\$1.000	US\$2.000	US\$5.000	US\$5.000	US\$10.000	US\$20.000	US\$30.000	US\$40.000	US\$50.000	US\$60.000

* Aplica beneficio de maternidad.

* Para Deducibles iguales o inferiores a USD 2.500, No Aplica Deducible en hospitalizaciones para Ecuador y Colombia.

* Para Deducibles de USD 5.000, No aplica Deducible para hospitalizaciones en Ecuador a consecuencia de accidentes.

SERVICIO DE ASISTENCIA DE VIAJES

- ▶ Cuenta con una cobertura del 100% para emergencias médicas o accidentes ocurridos fuera del país de residencia:
- ▶ Asegurados con Deducibles hasta US\$ 20,000 gozarán del beneficio de eliminación del Deducible.
- ▶ Asegurados con Deducibles de US\$ 30,000 a US\$ 60,000 gozarán del beneficio de eliminación del Deducible por los primeros US\$ 20,000 en gastos médicos. Gastos mayores de US\$ 20,000 serán pagados en base a los beneficios de la Póliza. (Aplica Deducible).
- ▶ Máximo de días por viaje: 45 días.



Ambulancia
áerea al 100%



Retorno de
Menores \$1.000



Repatriación de
restos mortales
al 100%



Repatriación
Médica \$25.000



Estadía para
acompañante
(maximo 5 días)
USD 100.00



Desplazamiento
para acompañante
USD 1.000

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Para brindar la mejor atención el Plan Serie 3000, le ofrece el beneficio de libre elección de hospitales y médicos a nivel mundial, con cobertura de acuerdo a los costos relacionados y acostumbrados del medio que han sido incurridos. Adicionalmente este plan le permite acceder a la red más amplia de proveedores de EEUU, Aetna PPO.

BENEFICIOS ADICIONALES*

- ▶ Alzheimer con un tope Máximo de Cobertura de USD. 100,000.
- ▶ Aparato Auditivo con un tope Máximo de Cobertura de USD 500.

*Se pagará aplicando Carencia Deducible y Coaseguro

SERVICIOS VIP

NUESTROS ASEGURADOS SON LA PRIORIDAD. Como parte del continuo compromiso de proveerles una atención diferenciada y exclusiva, ofrecemos:

- ▶ La más alta calidad en nuestros planes de seguros.
- ▶ Beneficios innovadores.
- ▶ Atención 24/7 y en su mismo idioma.
- ▶ Respaldo adicional cuando al salir del país sufre un problema de salud.
- ▶ Coordinación y cobertura de traslados en USA.
- ▶ BMI ACCESS.



Servicio de
Hospedaje



Servicio de
Transporte



Medicina
Especial



Eliminación del
deducible*

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS

Tipo de Deducible	Por Año Póliza para todos los beneficios, por Titular y/o Dependientes
Valor de Deducible fuera de los Estados Unidos de América, máximo 2 por Familia.	Opción I: 500; Opción II: 1,000; Opción III: 2,500; Opción IV: 5,000; Opción V: 10,000; Opción VI: 20,000; Opción VII: 30,000; Opción VIII: 40,000; Opción IX: 50,000; Opción X: 60,000
Valor de Deducible dentro de los Estados Unidos de América, máximo 2 por Familia.	Opción I: 1,000; Opción II: 2,000; Opción III: 2,500; Opción IV: 5,000; Opción V: 10,000; Opción VI: 20,000; Opción VII: 30,000; Opción VIII: 40,000; Opción IX: 50,000; Opción X: 60,000
Monto máximo de cobertura por Año Póliza por Titular y/o Dependientes	Sin Límite
Nombre de Tarifario Aplicable	Tarifario BMI
Periodo de Acumulación de Cuentas	180 días
Periodo de presentación de siniestros	90 días
Todas las prestaciones sanitarias y beneficios descritos en esta Tabla aplican Deducible y Coaseguro, excepto en aquellos casos que se especifique lo contrario.	

PRESTACIONES SANITARIAS

ATENCIÓN AMBULATORIA

	Coaseguro	Sub Límites / Topes Máximo de Cobertura	Carencia
Atención Ambulatoria	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Medicamentos	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Medicamentos especializados	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Terapias prescritas como parte del tratamiento de una Incapacidad, sujetas al análisis de que son Medicamento Necesarias y a lo establecido en las Condiciones Generales de esta Póliza.	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Medicina ancestral únicamente en el País de Residencia	100/0%	USD 500	En el País de Res.: No aplica
Medicina alternativa únicamente en el País de Residencia	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Atención Hospitalaria	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Cuarto y Alimento Diario	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Unidad de Cuidados Intensivos Diario	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Medicamentos durante hospitalizaciones	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Medicamentos después de hospitalización o cirugía (máximo 90 días)	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días

ATENCIÓN DE EMBARAZO

Atención de Embarazo (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III y IV)	100/0%	*Fuera de los Estados Unidos de América sin aplicación de Deducible: Monto total de cobertura. *En los Estados Unidos de América, con aplicación de Deducible: USD. 10,000	60 Días
Complicaciones durante el embarazo y del postparto (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III y IV) sin aplicación de Deducible	100/0%	Monto total de cobertura	60 Días
Preservación de células madres del cordón umbilical, sin aplicación de Deducible ni Coaseguro, por recién nacido (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III y IV)	100/0%	USD. 2,000	60 Días

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Atención del recién nacido y sus complicaciones (De una maternidad cubierta o inclusión intrauterino)	100/0%	Monto total de cobertura	No aplica
Circuncisión en el Hospital, sin aplicación de Deducible, por recién nacido (Aplica únicamente para Deducible opciones I, II, III y IV)	100/0%	USD. 1,000	No aplica

OTRAS PRESTACIONES SANITARIAS

Urgencia Médica por Accidente o Enfermedad	100/0%	Monto total de cobertura	24 Horas
Enfermedades Congénitas, Genéticas y Hereditarias sobrevinientes a la contratación de esta Póliza	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Trasplantes de Órganos	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días

PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES

Límite máximo para cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo, diagnosticado a partir del mes trece (13) de la contratación de esta Póliza, dentro y fuera del País de Residencia	100/0%	USD. 500,000	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Límite máximo para cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo, diagnosticado en los primeros doce (12) meses de la contratación de esta Póliza y/o cuando la Enfermedad haya sido adquirida al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa ilícita, únicamente en el País de Residencia	100/0%	USD. 50,000	En el País de Res.: No aplica
Fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando la Incapacidad obligue su utilización y sea prescrita por un Médico	100/0%	USD. 5,000	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía, solo para Titular y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho	100/0%	USD. 1,000	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Anticonceptivos temporales por Año Póliza, por Titular y/o Dependientes	100/0%	USD. 100	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Tratamiento Dental de Urgencia a Consecuencia de Accidente, sin aplicación de Deducible	100/0%	Monto total de cobertura	24 Horas
Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para recién nacido, menores de dieciséis años y mayores de setenta y cinco años (Límite máximo por día)	100/0%	Monto total de cobertura Sin límite de días	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Cobertura para Incapacidades provenientes del uso o consumo de alcohol, drogas o estupefacientes	100/0%	USD. 500	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Cobertura para Lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio	100/0%	USD. 500	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días

OTROS BENEFICIOS

Equipos médicos duraderos, prótesis y dispositivos ortopédicos por Año Póliza, por Titular y/o Dependientes	100/0%	USD. 100,000	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Enfermera en el hogar	100/0%	Monto total de cobertura Sin límite de días	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Tratamiento Quiropráctico por Año Póliza, por Titular y/o Dependientes	100/0%	USD. 4,000	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Reconstrucción estética de senos para Titular o cónyuge, o compañera en unión de hecho	100/0%	USD. 4,000	2 años
Chequeo médico rutinario, luego de un año, para Titular y cónyuge o compañero en unión de hecho, sin aplicación de Deducible (Límite máximo por chequeo)	100/0%	USD. 500	1 año
Inmunizaciones rutinarias para Dependientes menores de 18 años por Año Póliza, sin aplicación de Deducible	100/0%	USD. 250	1 año
Servicio local de Ambulancia	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Cobertura de deportes peligrosos	100/0%	Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Cirugía robótica	100/0%	En el País de Res.: USD 25.000 Fuera del País de Res.: Monto total de cobertura	En el País de Res.: No aplica Fuera del País de Res.: 30 días
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente declarada, incurrida durante el Período de Carencia establecido para Condiciones Preexistentes, por Titular y/o Dependiente	100/0%	USD. 500	24 Horas
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente no declarada, por Titular y/o Dependiente	100/0%	USD. 500	24 Horas

CONDICIONES PREEXISTENTES

Límite Máximo por Año Póliza para todas las Condiciones Preexistentes declaradas, por Titular y/o Dependiente	100/0%	20 SBU	24 Meses
---	--------	--------	----------

Límite Máximo por Año Póliza para Condiciones Preexistentes relacionadas a una discapacidad, por Titular y/o Dependiente	100/0%	20 SBU	3 Meses
--	--------	--------	---------

CONDICIONES PREEXISTENTES NO DECLARADAS

Condiciones preexistentes no declaradas carecen de cobertura

EXONERACIÓN DE PRIMAS

Exoneración de primas en caso de fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del Titular	2 Años
---	--------



Quito: Calle Suecia y Av. De los Shyrís , Edificio Plaza Renazzo, Planta Baja
Telf:(02)294-140 0

Guayaquil: Parque Empresarial Colón. Av. Jaime Roldós Aguilera, Edificio
Pacífica Center, Piso 3 y 4.
Telf:(04)371- 7600

Cuenca: Autopista Cuenca Azogues, Edificio Cardeca Business Center, Planta
Baja.
Telf:(07)413-5520

www.bmicos.com/ecuador/unique

