



# Plan SUPPORT



- Cobertura mundial con libre elección.
- Amplia red de prestadores en Colombia y EE.UU

# Cobertura Máxima

## Por Asegurado (Por Año Póliza)

### USD 500.000 – cobertura nacional

#### 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.

#### DEDUCIBLE

Por año Póliza para todos los beneficios, por Titular y/o Dependientes.

I*	II*	III*	IV*
USD 5.000	USD 10.000	USD 15.000	USD 20.000

\*Todas las opciones de deducible aplican atención de embarazo

#### ATENCIÓN HOSPITALARIA

Para brindar la mejor atención el plan Support, 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 Ecuatoriano.

Cobertura médica a nivel mundial de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados del medio en que sean incurridos los gastos para cáncer, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular y/o trasplante de órganos, además este plan le permite acceder a la red más amplia de proveedores de EEUU, Aetna PPO

#### 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:

#### TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS

Tipo de Deducible	Por Año Póliza para todos los beneficios, por Titular y/o Dependientes
Valor de Deducible	Opción I: USD. 5,000 ; Opción II: USD. 10,000; Opción III: USD. 15,000; Opción IV: USD. 20,000
Monto máximo de cobertura por Año Póliza por Titular y/o Dependientes	USD. 500,000 - Cobertura Nacional
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

	Coaseguro	Sub Límites / Topes Máximo de Cobertura	Carencia
<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>			
Atención Ambulatoria	100/0%	Monto total de cobertura	30 Días
Medicamentos, luego de aplicado el Deducible	100/0%	Monto total de cobertura	30 Días
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 esta Póliza, luego de aplicado el Deducible.	100/0%	Monto total de cobertura	30 Días
Medicina alternativa, luego de aplicado el Deducible.	100/0%	Monto total de cobertura	30 Días
Medicina ancestral, luego de aplicado el Deducible.	100/0%	USD 500	30 Días

## PRESTACIONES SANITARIAS

	Coaseguro	Sub Límites / Topes Máximo de Cobertura	Carencia
<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA</b>			
Atención Hospitalaria	100/0%	Monto total de cobertura	90 Días
Cuarto y Alimento Diario, luego de aplicado el Deducible, Máximo 240 días	100/0%	Monto total de cobertura	90 Días
Unidad de Cuidados Intensivos Diario, luego de aplicado el Deducible, Maximo 240 días	100/0%	Monto total de cobertura	90 Días
<b>ATENCIÓN DE EMBARAZO</b>			
Atención de Embarazo, luego de aplicado el Deducible	100/0%	Monto total de cobertura	60 Días
Complicaciones durante el embarazo y del postparto, luego de aplicado el Deducible	100/0%	USD 50.000	60 Días
<b>ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>			
Atención del recién nacido y sus complicaciones (De una maternidad cubierta o inclusión intrauterio), luego de aplicado el Deducible	100/0%	Monto total de cobertura	No aplica
<b>OTRAS PRESTACIONES SANITARIAS</b>			
Urgencia Médica por Accidente o Enfermedad, luego de aplicado el Deducible	100/0%	Monto total de cobertura	24 Horas
Trasplantes de Órganos, luego de aplicado el Deducible	100/0%	USD 250,000	30 Días Ambulatorio 90 Días Hospitalario
<b>OTROS BENEFICIOS</b>			
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente declarada, incurrida durante el Período de Carencia establecido para Condiciones Preexistentes, por Titular y/o Dependiente, luego de aplicado el Deducible	100/0%	USD 500	24 Horas
Emergencia Médica relacionada a una Condición Preexistente no declarada, por Titular y/o Dependiente, luego de aplicado el Deducible	100/0%	USD 500	24 Horas
Cirugía robótica, luego de aplicado el Deducible	100/0%	USD 25.000	90 Días
<b>CONDICIONES PREEXISTENTES</b>			
Límite Máximo por Año Póliza para todas las Condiciones Preexistentes declaradas, por Titular y/o Dependiente, luego de aplicado el Deducible	100/0%	20 SBU	24 Meses
<b>COBERTURA PARA CÁNCER, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y/O TRASPLANTE DE ÓRGANOS***</b>			
COBERTURA: INTERNACIONAL	Hospitalario/Ambulatorio 100/0 % en el País de Residencia y fuera de EEUU. 100/0 % dentro de Red de Proveedores Plan Support en EEUU. 50/50 % fuera de Red de Proveedores Plan Support en EEUU.	USD 1'000,000*	30 a 90 Días Ambulatorio
Cáncer, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedad Cardiovascular por Año Póliza, luego de aplicado el Deducible	Hospitalario/Ambulatorio 100/0 % en el País de Residencia y fuera de EEUU. 100/0 % dentro de Red de Proveedores Plan Support en EEUU. 50/50 % fuera de Red de Proveedores Plan Support en EEUU.	USD 1'000,000*	30 a 90 Días Ambulatorio
Trasplante de Órganos por Año Póliza, luego de aplicado el Deducible	Hospitalario/Ambulatorio 100/0 % en el País de Residencia y fuera de EEUU. 100/0 % dentro de Red de Proveedores Plan Support en EEUU. 50/50 % fuera de Red de Proveedores Plan Support en EEUU.	USD 500.000*	30 a 90 Días Ambulatorio
* En adición al monto máximo de cobertura por Año Póliza por Titular y/o Dependientes. La responsabilidad máxima es de USD 1,500,000			
** En adición al monto para Trasplante de Órganos. La responsabilidad máxima es de US\$ 750,000			
*** Hospitalario: 100/0 % en el País de Residencia y fuera de EEUU. 100/0 % dentro de Red de Proveedores Plan Support en EEUU. 50/50 % fuera de Red de Proveedores Plan Support en EEUU. Ambulatorio: 100/0 %			
<b>EXONERACIÓN DE PRIMAS</b>			
Exoneración de primas en caso de fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del Titular	24 Meses	24 Meses	24 Meses



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](http://www.bmicos.com/ecuador/unique)

