

# EVERLITE

BENEFICIOS

#foreverwithyou

2025



## ■ INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

### BENEFICIO

### COBERTURA

Nombre del plan	<b>EVERLITE - ECUADOR</b>
Tipo de plan	Individual
Ámbito geográfico de cobertura	En Ecuador: 100%
Modalidad	Abierta
Límite máximo por incapacidad, por titular y/o Dependiente	US\$550.000
Período de incapacidad	365 días
Tipo de deducible	Por año contrato para todos los beneficios, por titular y/o dependientes (No incluye beneficio de Transferencia de deducible)
Nombre de tarifario aplicable	Metropolitano De acuerdo a tabla anexa a esta tabla de coberturas

## ■ OPCIONES DE DEDUCIBLE

I	II	III	IV
US\$5.000	US\$10.000	US\$15.000	US\$20.000

## ■ PERÍODO DE CARENCIA

PERÍODO POR AÑO CONTRATO: 365 días

PERÍODO DE PRESENTACIÓN DE SINIESTROS: 90 días

Todas las prestaciones sanitarias y coberturas cubiertas que no tienen un límite establecido en esta tabla de beneficios se someterán a lo estipulado en las Condiciones Generales de este Contrato.

Todas las prestaciones sanitarias y coberturas descritos en esta Tabla aplican Deducible y/o Copago, excepto en aquellos casos que se especifique lo contrario.

COBERTURAS	RED ABIERTA		
	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
<b>COBERTURA AMBULATORIA</b>			
Consultas médicas y especialistas y subespecialidades	0%	US\$550.000	30 días
Diálisis y hemodiálisis	0%	US\$550.000	30 días
Terapias de rehabilitación física, respiratoria, cardiológica y de lenguaje	0%	US\$550.000	30 días
Cobertura provisional para accidentes mientras se procesa la solicitud	0%	US\$15.000	30 días
Tratamientos especializados: autismo, psiquiatría y terapia ocupacional	0%	US\$1.000	30 días
Enfermero en el hogar	0%	US\$50 máximo 15 días	30 días

COBERTURAS		RED ABIERTA		
COBERTURA AMBULATORIA	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCE	
Insumos, medicamentos genéricos y marca por prescripción médica	0%	US\$550.000	30 días	
Servicios de estudios y diagnósticos (exámenes de laboratorio, patología, rayos-X, resonancias magnéticas y tomografías)	0%	US\$550.000	30 días	
Cuidados paliativos para afiliados con enfermedades terminales	0%	US\$550.000	30 días	
Medicina ancestral y alternativa, únicamente en el país de residencia	0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ancestral: US\$500</li> <li>• Alternativa: US\$550.000</li> </ul>	30 días	
COBERTURA PRE-HOSPITALARIA	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCE	
Transportación por ambulancia aérea local	0%	US\$3.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 90 días</li> <li>• Emergencia: 24 horas</li> </ul>	
Transportación de emergencia por ambulancia terrestre	0%	US\$100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 90 días</li> <li>• Emergencia: 24 horas</li> </ul>	
Transportación de emergencia por ambulancia fluvial	0%	US\$100	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 90 días</li> <li>• Emergencia: 24 horas</li> </ul>	
COBERTURA HOSPITALARIA	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCE	
Habitación privada estándar, servicios de enfermería y auxiliares de enfermería	0%	US\$550.000	90 días	
Acompañante adulto en hospitalización (1 cama y alimentación del acompañante cuando el hospitalizado sea un menor de 16 años o mayor de 75 años)	0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• US\$150 por noche (máx. 30 noches) menores de 16 años</li> <li>• US\$550.000 (máx. 30 noches) mayores a 16 años</li> </ul>	90 días	
Insumos y medicamentos prescritos durante la hospitalización	0%	US\$550.000	90 días	
Honorarios: cirujano (100%), 1 anestesiólogo y 1 asistente del cirujano	0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• US\$550.000</li> <li>• Anestesiólogo: 35%</li> <li>• 1er Asistente: 30%</li> </ul>	90 días	
Interconsultas y visitas médicas	0%	US\$550.000	90 días	
Cuidados intensivos	0%	US\$550.000 (máx. 240 días)	90 días	
Cirugía reconstructiva en caso de enfermedad o accidente cubierto	0%	US\$550.000	90 días	
Servicios de estudios y diagnósticos (exámenes de laboratorio, patología, rayos-X, resonancias magnéticas, tomografías)	0%	US\$550.000	90 días	

COBERTURAS		RED ABIERTA		
COBERTURA DE MATERNIDAD	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCE	
Maternidad, después del deducible (todas las opciones)	0%	US\$550.000	60 días	
Complicaciones de la maternidad y del recién nacido	0%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• US\$50.000 para complicaciones de maternidad (después del deducible)</li> <li>• US\$550.000 para complicaciones del recién nacido (después del deducible)</li> </ul>		60 días
Inclusión del recién nacido dentro de los 30 días posteriores al nacimiento	0%	Sí aplica	60 días	
COBERTURAS OBLIGATORIAS		COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCE
Emergencia médica	0%	US\$550.000	24 horas	
Cobertura tarifa cero, después del deducible	0%	US\$550.000	30 días	
Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional, después del deducible	0%	US\$500	30 días	
PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES		COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCE
Condiciones laborales o profesionales	0%	US\$200	30 días	
Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual	0%	US\$10.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 90 días</li> </ul>	
Fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrita	0%	US\$3.000 (solo para menores de 2 años)	30 días	
Legrados o abortos no punibles, siempre y cuando estos sean indicados como procedimiento terapéutico por un médico	0%	US\$50.000 (Solo aborto no punible)	30 días	
Enfermedades catastróficas y raras sobrevinientes a la contratación	0%	US\$550.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 90 días</li> </ul>	
Condiciones de salud consecuentes de un accidente y/o enfermedades por uso de drogas, estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia incluso a resultantes por intento de suicidio. Luego de aplicar el deducible	0%	US\$500	30 días	
Cobertura dental de emergencia por lesiones resultantes de un accidente cubierto, el tratamiento debe darse máximo hasta las primeras 24 horas del accidente	0%	US\$550.000	24 horas	
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, luego de aplicado el Deducible	0%	US\$500	30 días	

COBERTURAS	RED ABIERTA		
PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCE
Gastos médicos causados a consecuencia de lesiones que surjan como resultado del servicio activo en calidad de Policía, miembro de las Fuerzas Armadas, cuerpo de Bomberos o personal de Empresas de Seguridad, luego de aplicado el Deducible	0%	US\$600	30 días
PREEXISTENCIAS	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCE
Límite Máximo por Año Contrato para todas las Condiciones Preexistentes declaradas, por Titular y/o Dependiente, luego de aplicado el Deducible	0%	20 SBU	24 meses
OTRAS COBERTURAS	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCE
Trasplante de órganos (por órgano/tejido) Incluye gastos médicos y complicaciones del donante vivo	0%	US\$275.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 90 días</li> </ul>
Condiciones congénitas y hereditarias, que se manifiesten antes o después de los 18 años de edad, en caso de partos múltiples aplicará a cada recién nacido si es que se encuentra dentro de un embarazo cubierto, beneficio vitalicio	0%	US\$550.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 90 días</li> </ul>
Cobertura oncológica integral (exámenes de cáncer, medicamentos y tratamiento: quimioterapia y/o radioterapia)	0%	US\$550.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 90 días</li> </ul>
Cirugía robótica, después del Deducible	0%	US\$25.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 90 días</li> </ul>
COBERTURAS NO SANITARIAS	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCE
4EVER® Expert Medical Review (Segunda Opinión Médica)	0%	US\$550.000	30 días
Servicios exequiales (red de prestadores)	0%	US\$550.000	30 días
Servicio de Médico a Domicilio aplicando Fee de US\$12.00 (Dentro de la red)	0%	US\$550.000	30 días
Telemedicina (red de prestadores)	0%	US\$550.000	30 días
Servicios Concierge	0%	US\$550.000	30 días



## COMUNÍCATE CON NOSOTROS

📞 1 800 001 131

🌐 [www.4everinsurance.com](http://www.4everinsurance.com)

📍 Av. Samborondón, Km 1.5 Edificio Xima, piso 3, oficina 306. Samborondón, Ecuador