

# EVERLITE

BENEFICIOS

#foreverwithyou

2026



4ever<sup>®</sup>

MEDICINA PREPAGADA  
by EVER<sup>®</sup> Group

## ■ 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                                                  | Mixta                                                                                                                           |
| Límite máximo por incapacidad, por titular y/o Dependiente | US\$550.000                                                                                                                     |
| Periodo de incapacidad                                     | 365 días                                                                                                                        |
| Tipo de deducible                                          | Por Año Contrato para todos los afiliados, por Titular y/o Dependientes<br>(No incluye beneficio de Transferencia de deducible) |
| Nombre de tarifario aplicable                              | Metropolitano                                                                                                                   |

## ■ 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 MIXTA |                       |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|----------|
| COBERTURA AMBULATORIA                                                                                                    | COPAGO    | MONTO DE COBERTURA    | CARENCIA |
| 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            | N/A      |
| Tratamientos especializados: autismo, trastornos de salud mental y terapia ocupacional                                   | 0%        | US\$1.000             | 30 días  |
| Enfermero en el hogar                                                                                                    | 0%        | US\$50 máximo 15 días | 30 días  |
| 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  |

Código de Aprobación ACESS N°: 037-010-015

| COBERTURAS                                                                                                                                       | RED MIXTA |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COBERTURA AMBULATORIA                                                                                                                            | COPAGO    | MONTO DE COBERTURA                                                                                                                                              | CARENCIA                                                                                                                            |
| 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                                                                                                                             |
| Telemedicina (dentro de la red)                                                                                                                  | 0%        | US\$550.000                                                                                                                                                     | 30 días                                                                                                                             |
| COBERTURA PRE-HOSPITALARIA                                                                                                                       | COPAGO    | MONTO DE COBERTURA                                                                                                                                              | CARENCIA                                                                                                                            |
| 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                                                                                                                                              | CARENCIA                                                                                                                            |
| 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 18 años</li> <li>US\$550.000 (máx. 30 noches) mayores a 18 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 plástica 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                                                                                                                             |
| COBERTURA DE MATERNIDAD                                                                                                                          | COPAGO    | MONTO DE COBERTURA                                                                                                                                              | CARENCIA                                                                                                                            |
| Maternidad, después del deducible                                                                                                                | 0%        | US\$550.000                                                                                                                                                     | 60 días                                                                                                                             |

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                      | RED MIXTA |                                                                                                                                                               |                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COBERTURA DE MATERNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                         | COPAGO    | MONTO DE COBERTURA                                                                                                                                            | CARENCIA                                                                                                  |
| Complicaciones de la maternidad y del recién nacido (opciones I y II) vitalicio (después de un periodo de carencia de 60 días)                                                                                                                                                  | 0%        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• US\$50.000 para complicaciones de maternidad</li> <li>• US\$550.000 para complicaciones del recién nacido</li> </ul> | 60 días                                                                                                   |
| Legrados o abortos no punibles, siempre y cuando estos sean indicados como procedimiento terapéutico por un médico                                                                                                                                                              |           |                                                                                                                                                               |                                                                                                           |
| Inclusión del recién nacido dentro de los 30 días posteriores al nacimiento                                                                                                                                                                                                     | 0%        | Sí aplica                                                                                                                                                     | 60 días                                                                                                   |
| COBERTURAS OBLIGATORIAS                                                                                                                                                                                                                                                         | COPAGO    | MONTO DE COBERTURA                                                                                                                                            | CARENCIA                                                                                                  |
| 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                                                                                                                                            | CARENCIA                                                                                                  |
| 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, solo para menores de 2 años                                                                                                                                             | 0%        | US\$3.000                                                                                                                                                     | 30 días                                                                                                   |
| Enfermedades catastróficas, raras y crónicas, sobrevinientes a la contratación: Alimentación enteral, parenteral, complementos alimenticios prescritos; y tratamiento con estimulantes del crecimiento para este tipo de patologías                                             | 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                                                                                                   |
| 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                                                                                                   |

| COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | RED MIXTA |                    |                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREEXISTENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | COPAGO    | MONTO DE COBERTURA | CARENCIA                                                                                                  |
| 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                                                                                                  |
| Preexistencias derivadas de Discapacidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 0%        | 20 SBU             | 3 meses                                                                                                   |
| OTRAS COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | COPAGO    | MONTO DE COBERTURA | CARENCIA                                                                                                  |
| Trasplante de órganos (por órgano/tejido)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0%        | US\$275.000        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 90 días</li> </ul> |
| Gastos médicos y complicaciones del donante vivo. Gastos del donante que tiene relación con la procuración de órganos en donantes cadavéricos o con la extracción del órgano en donantes vivos, ni sus complicaciones, hasta el límite de la cobertura. El monto de este beneficio se encuentra incluido en el beneficio de trasplante de órganos |           |                    |                                                                                                           |
| 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                                                                                                            |           |                    |                                                                                                           |
| Cobertura oncológica integral (exámenes de cáncer, medicamentos y tratamiento: quimioterapia y/o radioterapia)                                                                                                                                                                                                                                    |           |                    |                                                                                                           |
| 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 | CARENCIA                                                                                                  |
| Segunda Opinión Médica 4EVER Expert Medical Review®                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 0%        | US\$550.000        | 30 días                                                                                                   |
| Servicios exequiales (dentro de la red)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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                                                                                                   |
| Servicios ConciERGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 0%        | US\$550.000        | 30 días                                                                                                   |

**CUADRO DE COBERTURAS - SERVICIO ANTE URGENCIAS O EMERGENCIAS MÉDICAS DURANTE VIAJES INTERNACIONALES**

| Límite máximo por viaje por Titular y/o Dependientes | Opción de deducible seleccionada por el afiliado |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Deducible por viaje por Titular y/o Dependientes     | No aplica                                        |
| Máximo de días por viaje                             | 45 días                                          |
| Ambulancia aérea                                     | 100%                                             |
| Repatriación médica                                  | US\$25.000                                       |
| Repatriación de restos mortales                      | 100%                                             |
| Regreso de menores de edad                           | US\$1.000                                        |
| Gastos de transporte para acompañante                | US\$1.000                                        |
| Gastos de estancia para acompañante                  | US\$100 por día, máximo 5 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