

EVERLITE

BENEFICIOS

#foreverwithyou

2026



4ever[®]

MEDICINA PREPAGADA
by EVER[®] Group

■ INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

BENEFICIO

COBERTURA

Nombre del plan	EVERLITE - ECUADOR
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 (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		
	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
COBERTURA AMBULATORIA			
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

(*) Estos beneficios están sujetos a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) de la zona geográfica

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"> Ancestral: US\$500 Alternativa: US\$550.000 	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"> Ambulatoria: 30 días Hospitalaria: 30 días Emergencia: 24 horas
Transportación de emergencia por ambulancia terrestre	0%	US\$100	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatoria: 30 días Hospitalaria: 30 días Emergencia: 24 horas
Transportación de emergencia por ambulancia fluvial	0%	US\$100	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatoria: 30 días Hospitalaria: 30 días Emergencia: 24 horas
COBERTURA HOSPITALARIA	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
Habitación privada estándar, servicios de enfermería y auxiliares de enfermería	0%	US\$550.000	30 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"> US\$150 por noche (máx. 30 noches) menores de 18 años US\$550.000 (máx. 30 noches) mayores a 18 años 	30 días
Insumos y medicamentos prescritos durante la hospitalización	0%	US\$550.000	30 días
Honorarios: cirujano (100%), 1 anesthesiólogo y 1 asistente del cirujano	0%	<ul style="list-style-type: none"> US\$550.000 Anesthesiólogo: 35% 1er Asistente: 30% 	30 días
Interconsultas y visitas médicas	0%	US\$550.000	30 días
Cuidados intensivos	0%	US\$550.000 (máx. 240 días)	30 días
Cirugía plástica reconstructiva en caso de enfermedad o accidente cubierto	0%	US\$550.000	30 días
Servicios de estudios y diagnósticos (exámenes de laboratorio, patología, rayos-X, resonancias magnéticas, tomografías)	0%	US\$550.000	30 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"> • US\$50.000 para complicaciones de maternidad • US\$550.000 para complicaciones del recién nacido 	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"> • Ambulatoria: 30 días • Hospitalaria: 30 días
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"> • Ambulatoria: 30 días • Hospitalaria: 30 días
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)			
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	0%	US\$275.000	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatoria: 30 días • Hospitalaria: 30 días
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"> • Ambulatoria: 30 días • Hospitalaria: 30 días
Cobertura oncológica integral (exámenes de cáncer, medicamentos y tratamiento: quimioterapia y/o radioterapia)	0%	US\$550.000	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatoria: 30 días • Hospitalaria: 30 días
Cirugía robótica, después del Deducible	0%	US\$25.000	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatoria: 30 días • Hospitalaria: 30 días
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



COMUNÍCATE CON NOSOTROS

☎ 1 800 001 131

🌐 www.4everinsurance.com

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