

# EVERMORE

BENEFICIOS

*#foreverwithyou*

2026



**4ever**<sup>®</sup>

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

## ■ INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

BENEFICIO	COBERTURA	
Nombre del plan	<b>EVERMORE - ECUADOR</b>	
Tipo de plan	Individual	
Ámbito geográfico de cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ecuador, mundial</li> <li>Dentro de la red de proveedores 4EVER® en EE.UU. 100/0%</li> <li>Fuera de la red de proveedores 4EVER® en EE.UU. 75/25% con un límite de hasta US\$800 diarios para habitación privada estándar y de hasta US\$1.500 diarios para habitación de cuidados intensivos</li> </ul>	
Modalidad	Mixta	
Monto máximo de cobertura anual (por afiliado, por año contrato)	US\$5.000.000	
Tipo de deducible	Por año contrato para todos los beneficios, por titular y/o dependientes (Incluye beneficio de Transferencia de deducible)	
Nombre de tarifario aplicable	<b>ECUADOR</b>	<b>RESTO DEL MUNDO</b>
	Metropolitano	Physician's Current Procedural Terminology

## ■ OPCIONES DE DEDUCIBLE

	I	II	III	IV	V
Fuera de EE. UU.	US\$500	US\$2.000	US\$5.000	US\$10.000	US\$20.000
Dentro de EE. UU	US\$1.000				

## ■ PERÍODO DE CARENCIA

Ambulatorio	Hospitalario	Maternidad	Preexistencias Declaradas	Discapacidad	Chequeo Médico Preventivo
30 días	30 días	60 días	24 meses	3 meses	1 año

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%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guayaquil: US\$90 por consulta</li> <li>Quito: US\$70 por consulta</li> <li>Resto de Ecuador: US\$40 por consulta</li> <li>Resto del mundo: Tarifario Physician's Current Procedural Terminology</li> </ul>	30 días

Código de Aprobación ACESS N°: 037-010-001

(\*) 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
Diálisis y hemodiálisis	0%	US\$5.000.000	30 días
Terapias de rehabilitación física, respiratoria, cardiológica y de lenguaje	0%	US\$5.000.000	30 días
Cobertura provisional para accidentes mientras se procesa la solicitud	0%	US\$30.000	N/A
Tratamientos especializados: autismo, trastornos de salud mental y terapia ocupacional	0%	US\$3.000	30 días
Enfermero en el hogar	0%	US\$12.000	30 días
Insumos, medicamentos genéricos y marca por prescripción médica	0%	US\$5.000.000	30 días
Servicios de estudios y diagnósticos (exámenes de laboratorio, patología, rayos-X, resonancias magnéticas y tomografías)	0%	US\$5.000.000	30 días
Cuidados paliativos para afiliados con enfermedades terminales	0%	US\$5.000.000	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\$5.000.000</li> </ul>	30 días
Telemedicina (red de prestadores)	0%	US\$5.000.000	30 días
COBERTURA PRE-HOSPITALARIA	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
Transportación por ambulancia aérea	0%	US\$5.000.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 30 días</li> <li>• Emergencia: 24 horas</li> </ul>
Transportación de emergencia por ambulancia terrestre	0%	US\$5.000.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 30 días</li> <li>• Emergencia: 24 horas</li> </ul>
Transportación de emergencia por ambulancia fluvial, sin deducible	0%	US\$5.000.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoria: 30 días</li> <li>• Hospitalaria: 30 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\$5.000.000	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"> <li>• US\$150 por noche (máx. 15 noches)</li> <li>• En Ecuador, a partir de la noche 16, máximo US\$50 por noche.</li> </ul>	30 días
Insumos y medicamentos prescritos durante la hospitalización	0%	US\$5.000.000	30 días
Honorarios: cirujano (100%), anestesiólogo 35% y asistente del cirujano 30%	0%	US\$5.000.000	30 días

COBERTURAS	RED MIXTA		
COBERTURA HOSPITALARIA	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
Interconsultas y visitas médicas	0%	US\$5.000.000	30 días
Cuidados intensivos	0%	US\$5.000.000	30 días
Prótesis y medios correctivos implantados durante una cirugía, siempre y cuando sean médicamente necesarias	0%	US\$5.000.000	30 días
Cirugía reconstructiva y deformidad nasal o del septum (tabique nasal), siempre y cuando sea médicamente necesaria y el resultado de un accidente cubierto	0%	US\$5.000.000	30 días
Cirugía plástica reconstructiva en caso de enfermedad o accidente cubierto	0%	US\$5.000.000	30 días
Servicios de estudios y diagnósticos (exámenes de laboratorio, patología, rayos-X, resonancias magnéticas, tomografías)	0%	US\$5.000.000	30 días
COBERTURA DE MATERNIDAD	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
Maternidad, sin deducible (opciones I y II)	0%	US\$7.000	60 días
Complicaciones de la maternidad (opciones I y II) (después de un periodo de carencia de 60 días)	0%	US\$550.000	60 días
Legrados o abortos no punibles, siempre y cuando estos sean indicados como procedimiento terapéutico por un médico			
Complicaciones del recién nacido (opciones I y II) (después de un periodo de carencia de 60 días)	0%	US\$5.000.000	60 días
Inclusión del recién nacido dentro de los 90 días posteriores al nacimiento (opciones I y II)	0%	US\$5.000.000	60 días
Sin evaluación médica si nace de una maternidad cubierta.			
ATENCIÓN RECIÉN NACIDO	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
Cuidado del recién nacido a término, pre término o post término, aplica únicamente para maternidades no cubiertas, no aplica a hijas dependientes (atención prenatal)	0%	US\$40 por consulta	30 días
COBERTURAS OBLIGATORIAS	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
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. Enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes a la contratación.	0%	US\$5.000.000	30 días
Emergencia médica	0%	US\$5.000.000	24 horas
Cobertura tarifa cero	0%	US\$100	30 días
Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional	0%	US\$100	30 días
COBERTURAS ADICIONALES	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
Trasplante de órganos (por órgano/tejido, vitalicio)	0%	US\$2.500.000	30 días
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 y sus complicaciones, este monto forma parte de la cobertura del trasplante de órganos	0%	Incluido en el beneficio de Trasplante de órganos	30 días

Código de Aprobación ACESS N°: 037-010-001

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

COBERTURAS	RED MIXTA		
	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>			
Condiciones congénitas y hereditarias, que se manifiesten antes 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\$5.000.000	30 días
Condiciones congénitas y hereditarias, que se manifiesten después de los 18 años	0%	US\$5.000.000	30 días
Cobertura oncológica integral (exámenes de cáncer, medicamentos y tratamiento: quimioterapia y/o radioterapia)	0%	US\$5.000.000	30 días
Aparatos auditivos, por afiliado y de manera vitalicia, aplica únicamente a dispositivos externos y no a dispositivos que deben ser implantados quirúrgicamente	0%	US\$1.000 vitalicio	30 días
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)	0%	US\$250	A partir de 1 año de afiliación continua
Equipo médico durable: Alquiler de cualquier equipo o dispositivo médico para monitoreo e infusión de medicamentos y/o los suministros necesarios para su utilización o funcionamiento, sillas de ruedas sin motor, bastones, muletas, respiradores, dispositivos especiales, prótesis externas, prótesis de las extremidades, dispositivos ortopédicos, colchones de presión y andadores, siempre y cuando dicho equipo es prescrito por un médico y sea habitualmente necesario para un paciente durante una enfermedad o lesión. Esta cobertura debe ser coordinada y aprobada con antelación por la Compañía.	0%	US\$6.500	30 días
Apnea del sueño y trastornos relacionados	0%	US\$3.000	30 días
Alzheimer	0%	US\$3.500.000	30 días
Gastos en salud incurridos por el usuario para el diagnóstico diferencial o definitivo, siempre y cuando estos estén de acuerdo con las guías de práctica clínica, protocolos nacionales o internacionales	0%	US\$200	30 días
Problemas de malnutrición siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo con los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales	0%	US\$200	30 días
Tratamiento del VIH y enfermedades de transmisión sexual	0%	US\$10.000 para SIDA, SCRS y lo relacionado a VIH Positivo a partir del 13avo mes	30 días
Cirugía bariátrica y de Bypass gástrico por Obesidad (Red de prestadores)	0%	US\$5.000 vitalicio	30 días
Endo-prótesis en tejidos de origen animal, siempre y cuando cumplan con las aprobaciones requeridas por la autoridad sanitaria nacional	0%	US\$200	30 días
Para el tratamiento de úlceras de presión, ni sus complicaciones	0%	US\$200	30 días
Fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrita	0%	US\$200	30 días

COBERTURAS	RED MIXTA		
COBERTURAS ADICIONALES	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
Trastornos en el desarrollo psicomotor, cuando este se deba o se presente como consecuencia de una patología	0%	US\$200	30 días
Pruebas de sensibilidad y/o tratamientos inmunológicos en general, siempre y cuando hayan sido prescritas por un profesional calificado en base a protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos internacionales	0%	US\$200	30 días
Control de natalidad, este beneficio no aplica a las hijas dependientes	0%	US\$200	30 días
Cobertura dental de emergencia por lesiones resultantes de un accidente cubierto, el tratamiento debe darse dentro de los 180 días posteriores al accidente	0%	US\$3.500.000	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\$5.000.000	30 días
Tratamiento de alergias	0%	US\$5.000.000	30 días
PREEXISTENCIAS	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
Preexistencias derivadas de Discapacidad	0%	20 SBU	3 meses
Preexistencias declaradas	0%	20 SBU	24 meses
PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
Condiciones laborales o profesionales	0%	US\$200	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	0%	US\$200	30 días
Gastos médicos causados a consecuencia de lesiones que surjan como resultado del servicio activo en calidad de Policía, de miembro de las Fuerzas Armadas, Cuerpo de Bomberos o de Empresas de Seguridad, hasta el límite establecido en la tabla de Coberturas.	0%	US\$1.000	30 días
COBERTURAS NO SANITARIAS	COPAGO	MONTO DE COBERTURA	CARENCIA
Repatriación de restos mortales o servicios de cremación	0%	US\$40.000	30 días
Eliminación/reducción del deducible por no presentar reclamos	0%	Opciones I, II y III: • Eliminación por 1 año después del 3er año sin reclamos  Opciones IV y V: • Reducción de hasta 50% por 1 año después del 3er año sin reclamos	N/A
4EVER® Expert Medical Review (Segunda Opinión Médica)	0%	US\$5.000.000	30 días
Servicios exequiales (red de prestadores)	0%	US\$5.000.000	30 días
Servicios ConciERGE	0%	US\$5.000.000	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