



# Términos de Asistencia

## TÉRMINOS DE ASISTENCIA PARA LA PRESTACION DEL PROGRAMA “PROTECCIÓN DENTAL”

### 1. INTRODUCCION.

**ASISTENCIA ESPECIALIZADA DEL ECUADOR GEA ECUADOR S.A.** es una compañía mercantil ecuatoriana registrada en la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, como sociedad de interés público, dedicada a proveer servicios de asistencia, conforme a lo regulado por las resoluciones SCVS-DSC-2018-0001 del 17 de enero de 2018, y SCVS-DSC-2018-0008 del 27 de febrero de 2018, expedidas por la máxima autoridad del organismo de control.

**ASISTENCIA ESPECIALIZADA DEL ECUADOR GEA ECUADOR S.A.**, brindará con el programa “**ASISTENCIA PROTECCION DENTAL**”, a **EL CLIENTE** de dicho programa, los servicios de Asistencia, ante cualquier evento de los descritos en el **GLOSARIO** o en este instrumento, las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año. Con tan solo una llamada a **GEA**, esta última procederá inmediatamente a gestionar la provisión a **EL CLIENTE** de aquellos servicios necesarios para la inmediata atención a cualquier problema, con el alcance y las limitaciones establecidas a continuación.

### 2. GLOSARIO

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en el presente documento, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

**ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños y/o menoscabo físico y/o corporales a un **CLIENTE**, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita, imprevista, súbita y evidente (excluyendo la enfermedad) que se le suscite durante la vigencia del presente Programa de Asistencia.

**ASISTENCIA DENTAL:** Es el servicio inicial de atención médica que ofrece un hospital o clínica.

**BENEFICIARIO:** Se refiere al cónyuge e hijos dependientes económicos del **CLIENTE**, hasta los 21 años de edad; para los casos que el **CLIENTE** sea soltero/a sin hijos, se refiere a los padres del **CLIENTE**.

**CALCES:** Procedimiento odontológico por medio del cual se restaura una pieza dental luego de realizar la curación y tratamiento de eliminación de caries.

**CLIENTE:** Es la persona natural que acepta el programa de asistencia “**PROTECCION DENTAL**” y que se encuentra al día en el pago mensual del **SERVICIO**.

**CAT: CENTRO DE ATENCION TELEFONICA** de **GEA**, el cual es un espacio físico equipado con infraestructura humana y tecnológica que brinda las facilidades necesarias para que el **CLIENTE** se pueda contactar para obtener los diversos servicios contemplados en este documento.

**PAGO POR SERVICIO:** Es el valor que deberá ser cancelado o asumido por el **CLIENTE**, de acuerdo a los porcentajes de cobertura o de acuerdo al valor previamente establecido, este valor será cancelado directamente al **PRESTADOR/RED DE PRESTADORES** de **GEA**.

**CUADRO DE BENEFICIOS:** Es el resumen donde constan los servicios y beneficios, con los alcances, eventos, y pago por servicio, del programa contratado.

**ENDODONCIA:** Es el conjunto de posibles tratamientos de la patología de la pulpa o nervio.

**ENFERMEDAD:** Alteración o desarmonización del sistema, opuesto a la salud, no causado por un **ACCIDENTE** o hecho fortuito.

**EXAMEN CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO:** Procedimiento que el odontólogo general realiza durante la primera consulta, para determinar el estado de salud oral del **CLIENTE** y el plan de tratamiento requerido.

**FLUORIZACIÓN:** Consiste en aplicar flúor en dientes de los niños o jóvenes hasta los 15 años de edad.

**GEA:** ASISTENCIA ESPECIALIZADA DEL ECUADOR GEA ECUADOR S.A

**IVA:** Impuesto al Valor Agregado

**LIBRE ELECCIÓN:** Decisión del **CLIENTE** de utilizar libre y voluntariamente los servicios y beneficios, sin la autorización de **GEA**, dentro o fuera de la **RED DE PRESTADORES**.

**ODONTOLOGO GENERAL:** Profesional en Odontología que realiza la evaluación y atención dental primaria.

**PRESTADOR/RED DE PRESTADORES:** Es el personal, infraestructura demás equipo subcontratado y/o gestionado por **GEA** apropiado para prestar servicios de asistencia al **CLIENTE**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente documento.

**PRECIOS PREFERENCIALES:** Son precios especiales, mejores e inferiores en relación al precio de venta al público, que se ofrece a los **CLIENTES** por procedimientos no cubiertos.

**PROFILAXIS SIMPLE:** Es el procedimiento mediante el cual el **ODONTOLOGO GENERAL** realiza la limpieza de los dientes aplicando una pasta y cepillo profiláctico con micro motor, en el tejido sano, procediendo a limpiar la placa bacteriana adherida a los dientes.

**RADIOGRAFIA PERIAPICAL:** Imagen radiográfica de una pieza dental como medio de diagnóstico.

**RESIDENCIA PERMANENTE:** Corresponde al domicilio habitual permanente en la República de Ecuador, que manifieste tener un **CLIENTE** del programa “**PROTECCIÓN DENTAL**” o cualquier otro domicilio que el **CLIENTE** haya notificado con posterioridad a la suscripción del mismo en reemplazo del inicialmente reportado; domicilio que será considerado como el del **CLIENTE** para los efectos de los servicios de asistencia en materia del presente documento.

**RESINAS:** Es un biomaterial utilizado para restaurar cavidades.

**TERRITORIO NACIONAL:** Para fines de este documento, la República del Ecuador.

### 3. FECHA DE INICIO

Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece **GEA** estarán a disposición de los **CLIENTES**, ésta será a partir de las 48 horas de la aceptación al programa de asistencia “**PROTECCION DENTAL**”, por parte del **CLIENTE**.

### 4. TARIFA

La tarifa mensual que el **CLIENTE** pagará a **GEA** por los servicios detallados en el presente documento es de **\$5,00 (CINCO DOLARES CON 00/100)** más **IVA**, este valor será cobrado por el **RETAIL** a todos los **CLIENTES** que cuenten con un crédito directo con **PYCCA**. **GEA** informará al **CLIENTE** de cualquier modificación o incremento propuesto a la **TARIFA** antes establecida.

### 5. TERRITORIALIDAD

Todos los servicios que se detallan en el presente documento, se prestarán a nivel nacional en las ciudades capitales o principales de cada provincia, siempre y cuando exista **RED DE PRESTADORES** en la ciudad de **RESIDENCIA PERMANENTE** del **CLIENTE**. Se excluye la provincia de Galápagos.

En los casos en que **GEA** no tenga disponibilidad de proveedores en la ciudad de **RESIDENCIA PERMANENTE** del **CLIENTE** o en el lugar en que ocurra el accidente en el momento de solicitud del servicio, éstos se prestarán igualmente y serán programados dependiendo del tiempo que tome llegar a la ciudad más cercana al lugar donde se solicite la asistencia, es decir, que para estos servicios no aplican los estándares de tiempos que **GEA** mantiene para cada servicio.

## 6. SERVICIOS.

Los servicios detallados a continuación se prestarán a beneficio del **CLIENTE**, de acuerdo a lo establecido en el presente documento, siempre y cuando estuviere al día en el pago de la **TARIFA** mensual.

El **CLIENTE** o la persona que estos designen deberá en todo momento supervisar la prestación de los servicios.

Es elegible el **CLIENTE** desde los 18 años de edad hasta los 65 años, cumplidos previo a la suscripción al presente programa de asistencia. A partir de los 66 años el **CLIENTE** no tendrá derecho a los **SERVICIOS DE PROTECCIÓN DENTAL**.

### 6.1 ASISTENCIAS

#### 6.1.1 ASISTENCIA DENTAL

En caso que el **CLIENTE Y/O BENEFICIARIO(S)** lo requieran, **GEA** brindará los servicios de asistencia dental al **CLIENTE**, mediante la coordinación, y/o atención por parte de un facultativo calificado en odontología, adscrito a la **RED DE PRESTADORES**, de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en el presente documento. Los servicios son los siguientes:

#### A) ORIENTACIÓN ODONTOLÓGICA TELEFÓNICA

Corresponde a la atención odontológica telefónica, mediante profesionales en Odontología General, para asesorar, orientar al **CLIENTE Y/O BENEFICIARIO(S)** sobre inquietudes dentales, actividades de promoción y educación para la salud bucal.

Este servicio se brindará **SIN LÍMITE DE ALCANCE Y SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO**.

#### B) ASISTENCIA DENTAL PREVENTIVA

El **CLIENTE Y/O BENEFICIARIO(S)** tiene derecho a los servicios odontológicos necesarios para determinar o prevenir posibles enfermedades odontológicas. Este servicio comprende un chequeo completo de la cavidad oral realizado por el Odontólogo de la **RED DE PRESTADORES** de **GEA**, para prevenir o diagnosticar, una enfermedad en los dientes o encías. Este servicio incluye:

- **CONSULTA CON ODONTÓLOGO:**  
Corresponde a la atención odontológica en **CONSULTA EXTERNA** con un **ODONTÓLOGO GENERAL**. La consulta odontológica se realizará en los Consultorios o Clínicas de la **RED DE PRESTADORES**. Este servicio se brindará **SIN LÍMITE DE ALCANCE Y SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO**.
- **EXAMEN CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO.**  
Este servicio se brindará **SIN LÍMITE DE ALCANCE Y SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO**.
- **RADIOGRAFÍA PERIAPICAL.**  
Este servicio se brindará **SIN LÍMITE DE ALCANCE Y SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO**.
- **LIMPIEZA DENTAL CON REMOCION DE CALCULOS POR BOCA**  
Este servicio se brindará **SIN LÍMITE DE ALCANCE Y MAXIMO 2 EVENTOS AL AÑO**.

#### C) ASISTENCIA DENTAL EN CALCES

Corresponde al procedimiento realizado por el Odontólogo de la **RED DE PRESTADORES**, quien por medio de medidas terapéuticas necesarias procede a la eliminación de la caries dental. Posteriormente se realizará la restauración de la cavidad resultante, mediante la aplicación de los biomateriales dentales. Está incluido el uso de **RESINAS** en dientes anteriores y posteriores, de acuerdo al siguiente procedimiento.

- I) RESINA 1 A 4 SUPERFICIES PIEZAS NUEVAS
- II) RESINA 1 A 4 SUPERFICIES PIEZAS TRATADAS

**GEA** brindará los procedimientos en un 100% en **EMERGENCIAS** y **NO EMERGENCIAS**.  
Se otorgará hasta 8 eventos al año por grupo familiar.

## D) ODONTOPEDIATRÍA

La atención se dará por medio de un profesional especializado en niños de la **RED DE PRESTADORES ODONTOLÓGICOS** de **GEA**, para los siguientes procedimientos:

- I) RESINA EN TEMPORALES
- II) RESINA EN DEFINITIVOS
- III) FLUORIZACION A MENORES DE 15 AÑOS

**GEA** brindará los procedimientos en **EMERGENCIAS** y **NO EMERGENCIAS** al 100% con un **LIMITE DE HASTA 4 EVENTOS EN EL AÑO**.

## E) ASISTENCIA EN ENDODONCIA

Corresponde al procedimiento realizado por Odontólogo de la **RED DE PRESTADORES ODONTOLÓGICOS**, para tratar las lesiones en el tejido pulpar (nervio), fracturas o caries en piezas dentales uniradiculares y/o multiradiculares, de acuerdo a los siguientes procedimientos:

- I. **ENDODONCIAS EN PIEZAS ANTERIORES**
- II. **ENDODONCIAS EN PREMOLARES**
- III. **ENDODONCIAS EN MOLARES**
- IV. **COLOCACION DE PERNO O MUÑÓN (PRECIOS PREFERENCIALES)**
- V. **COLOCACION DE CORONA (PRECIOS PREFERENCIALES)**

**GEA** brindará los procedimientos de **ENDODONCIAS** (piezas anteriores, premolares y molares) en un **100% en EMERGENCIAS** y en un **80% en NO EMERGENCIAS**, el **20% restante corresponde al PAGO POR SERVICIO** que deberá ser pagado por el **CLIENTE** directamente en la Clínica donde recibe la atención y que pertenezca a la **RED DE PRESTADORES ODONTOLÓGICOS**. Este servicio se otorgará hasta un máximo 8 eventos al año por grupo familiar.

Los procedimientos de **COLOCACION DE PERNO O MUÑÓN** y **COLOCACION DE CORONA** se brindaran a **PRECIOS PREFERENCIALES**, **SIN LIMITE DE EVENTOS Y AL 100% DE PAGO POR SERVICIO**.

## F) CUIDADO ESTÉTICO

Corresponden a los procedimientos dentales en Consultorios o Clínicas de la **RED DE PRESTADORES ODONTOLÓGICOS** de **GEA**. El servicio se prestará según lo indicado en el **CUADRO DE BENEFICIOS** y son los siguientes:

- I. **BLANQUEAMIENTO DENTAL:** Aplica para el **CLIENTE** y/o cónyugue. **GEA** brindará el procedimiento en un 70%, el 30% restante corresponde al **PAGO POR SERVICIO** que deberá ser pagado por el **CLIENTE** directamente en la Clínica donde recibe la atención y que pertenezca al **PRESTADOR/RED DE PRESTADORES**.

Servicio se brindará **HASTA 1 EVENTO AL AÑO POR CADA PERSONA Y APLICARÁ A PARTIR DE LOS 3 MESES DE PERMANENCIA CON EL SERVICIO**.

## G) ASISTENCIA EN CIRUGIA ORAL

Corresponden a los procedimientos realizados por el Odontólogo de la **RED DE PRESTADORES**, para extraer una estructura dental, de acuerdo a los siguientes procedimientos:

- I) EXTRACCIÓN SIMPLE
- II) EXTRACCION CON ODONTOSECCION
- III) EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES (**PRECIOS PREFERENCIALES**)
- IV) OTROS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS (**PRECIOS PREFERENCIALES**)

GEA brindará los procedimientos de **EXTRACCIÓN SIMPLE Y EXTRACCIÓN CON ODONTOSECCIÓN** en un **100% en caso de EMERGENCIAS** y en un **80% en NO EMERGENCIAS**, el 20% restante en No emergencias corresponde al **PAGO POR SERVICIO** que deberá ser pagado por el **CLIENTE** directamente en la Clínica donde recibe la atención y que pertenezca a la **RED DE PRESTADORES** odontológicos de **GEA**, estos servicios se brindaran **SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO**

La **EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES y OTROS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS** se brindará a **PRECIOS PREFERENCIALES, SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO, CON UN PAGO POR SERVICIO DEL 100%**.

## 7. CUADRO DE BENEFICIOS

SERVICIO DE ASISTENCIA	LÍMITES POR AÑO			Observaciones	
	ALCANCE	EVENTOS	PAGO POR SERVICIO		
<b>ASISTENCIA DENTAL</b>					
Orientación Dental Telefónica	Sin Límite	Sin Límite	-		
<b>ASISTENCIA DENTAL PREVENTIVA</b>					
Consulta con odontólogo	Sin Límite	Sin Límite	-		
Examen clínico y diagnóstico	Sin Límite	Sin Límite	-		
Radiografía periapical	Sin Límite	Sin Límite	-		
<b>Limpieza dental con remoción de cálculos</b>	<b>Sin limite</b>	<b>2 eventos</b>			
<b>ASISTENCIA DENTAL EN CALCES</b>					
Resina (1 – 4 superficies) en piezas nuevas	100% (Emergencias y No Emergencias)	8 Eventos	0%	Aplica para la atención dental del CLIENTE Y/O BENEFICIARIO(S). En caso de que el CLIENTE sea soltero sin hijos, la cobertura aplica para sus padres.	
Resina (1 - 4 superficies) en piezas tratadas					
<b>ODONTOPIEDIATRÍA</b>					
Asistencia odontológica especializada en niños, brinda:	100%	4 eventos	-		
Resina en temporales					
Resina en definitivos					
Fluorización a menores de 15 años.					
<b>ASISTENCIA EN ENDODONCIA</b>					
Endodoncia en molares	Emergencias: 100% No emergencias: 80%	8 Eventos	Emergencias: 0% No emergencias: 20%		
Endodoncia en piezas anteriores					
Endodoncia en premolares					
Colocación de perno o muñón	PRECIOS PREFERENCIALES	sin limite	100%		
Colocación de corona					
<b>CUIDADO ESTÉTICO</b>					
Blanqueamiento Dental	70%	1 evento por cada persona	30%	Aplica para CLIENTE Y/O CONYUGE. Aplicará a partir de los 3 meses de permanencia con el servicio.	
<b>ASISTENCIA EN CIRUGÍA ORAL</b>					
Extracción Simple	Emergencias: 100% No emergencias: 80%	Sin Límite	Emergencias: 0% No emergencias: 20%	Aplica para la atención dental del CLIENTE Y/O BENEFICIARIO(S) (conyuge e hijos hasta 21 años). En caso de que el CLIENTE sea soltero sin hijos, la cobertura aplica para sus padres.	
Extracción con Odontosección					
Extracción de terceros molares	PRECIOS PREFERENCIALES	sin limite	100%		
<b>OTROS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS</b>	PRECIOS PREFERENCIALES	Sin Límite	100%		

## 8. RESTRICCIONES GENERALES

No son objeto de los servicios las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- a. La mala fe, fraude o abuso de confianza del **CLIENTE**, comprobada por el personal de **GEA**.
- b. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- c. Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- d. Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- e. La energía nuclear radiactiva.
- f. La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- g. Enfermedades mentales.
- h. La adquisición y uso de prótesis o anteojos.
- i. Deportes de alto riesgo, Participación del vehículo asegurado en carreras prácticas, deportivas y pruebas preparatorias o entrenamientos.
- j. El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia del **CLIENTE** en el procedimiento.
- k. Cuando la persona no se identifique como **CLIENTE** del programa de asistencia.
- l. Cualquier servicio de asistencia solicitado con más de 48 horas posteriores al momento de la emergencia o situación actual por la que solicite el servicio,
- m. Cuando el **CLIENTE** incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- n. Cuando el **CLIENTE** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente.
- o. Procedimientos no autorizados por **GEA**.
- p. Cualquier cambio de los servicios que hayan sido solicitados directamente al **PRESTADOR/RED DE PRESTADORES** y que no esté dentro del alcance establecido en el servicio.
- q. La no utilización de alguno de los servicios estipulados anteriormente, no dará lugar a compensación de ningún tipo, perdiéndose el derecho sobre este beneficio.
- r. Los servicios que no se encuentren estipulados en el presente documento.

## 9. OBLIGACIONES DEL CLIENTE

Con el fin de que el **CLIENTE** pueda disfrutar de los servicios contemplados en este documento, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- a. Abstenerse de realizar gastos o arreglos en relación con alguno de los servicios descritos en el presente documento, sin haber consultado previamente con **GEA**.
- b. Queda entendido que en caso de que el **CLIENTE** establezca su **RESIDENCIA PERMANENTE** en un lugar distinto al territorio de la República de Ecuador, la relación entre **GEA** y el **CLIENTE** se tendrá por extinta, con lo cual **GEA** se verá liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados en el presente documento y el **CLIENTE** se verá liberado de su obligación de pagar las cuotas necesarias para recibir los servicios aquí establecidos.
- c. Identificarse como **CLIENTE** ante los funcionarios de **GEA** o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.
- d. Pagar a **GEA** la tarifa Mensual correspondiente prevista en este documento.
- e. Mantener en su cuenta o tarjeta, cupo disponible para cubrir el costo mensual del programa de asistencia, caso contrario no podrá hacer uso de los servicios del programa de asistencia.

En caso de que el **CLIENTE** no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, **GEA** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no-prestación de los servicios relacionados con el presente documento, ni frente al **CLIENTE**.

## 10. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso de que un **CLIENTE** requiera de los servicios contemplados, este tendrá este tendrá derecho a las 48 horas de haber contratado el servicio, procediendo de la siguiente forma:

- a. El **CLIENTE** que requiera del servicio se comunicará con **GEA** al número telefónico especificado.
- b. El **CLIENTE** procederá a suministrarle al funcionario de **GEA** que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como **CLIENTE**, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como: la ubicación exacta del **CLIENTE**; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por **CLIENTE** del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise, etc.
- c. **GEA** confirmará si el solicitante de los servicios de asistencia tiene o no derecho a recibir la prestación de los mismos.

Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **GEA** le prestará al **CLIENTE** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

## 11. DE LA TERMINACION Y SUSPENSION DEL PROGRAMA

**11.1 GEA** o **EL CLIENTE** podrán dar por terminado de manera unilateral el presente programa de asistencia con la sola notificación por cualquier medio a la otra parte con un lapso de anticipación de 15 días.

**11.2 GEA** podrá suspender unilateralmente los servicios “**ASISTENCIA PROTECCION DENTAL**” descritos en este instrumento a un **CLIENTE** del programa de asistencia, en caso de que se presenten situaciones de uso indebido o de abuso en el uso por parte del **CLIENTE** del presente programa. En el caso de producirse una suspensión unilateral de conformidad con esta cláusula, se notificará de este particular al **CLIENTE**, dándole aviso de la fecha de terminación de los servicios.

## 12. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los Servicios objeto del presente documento serán prestados directamente por **GEA** o a través de terceros, personas naturales o jurídicas, contratadas bajo responsabilidad de **GEA**, por instrucción del **CLIENTE** a través del presente contrato. Para los Servicios cuya prestación requiera autorizaciones administrativas especiales, **GEA** celebrará contratos con las compañías que hayan obtenido tales autorizaciones, en cuyo caso, sin perjuicio de la responsabilidad directa de **GEA**, estas también se constituirán en responsables de la prestación de tales servicios. Para los Servicios de carácter médico, **GEA** gestionará con el **PRESTADOR/RED DE PRESTADORES** la prestación de los mismos.

## 13. ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD DE GEA

La responsabilidad de **GEA** con respecto al programa antes referido, se limita a gestionar en favor del **CLIENTE**, los servicios profesionales que estén disponibles para asistir al **CLIENTE** a través del **PRESTADOR/RED DE PRESTADORES** de **GEA**, al tenor de las estipulaciones establecidas en este documento. La provisión del servicio estará sujeta a la disponibilidad del **PRESTADOR/ RED DE PRESTADORES** de **GEA**.

## 14. INCREMENTO DE PRECIO

Previo acuerdo de las partes el valor descrito en el presente documento podrá ser revisado anualmente contando a partir de la fecha de este documento, el mismo que variarán de acuerdo al índice de inflación publicado por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) o cualquier otra institución pública a la que se le asigne la responsabilidad de publicar los índices oficiales de inflación u otros indicadores equivalentes. Adicionalmente, las partes acuerdan que el programa de servicios puede sufrir cambios únicamente por mejoras en dicho programa, en este caso **GEA** deberá notificar a la aseguradora para que un plazo no mayor a 60 días hábiles, exprese su aceptación o negativa en el incremento del precio.

El costo por **CLIENTE** del programa se revisará cuando el costo de los servicios brindados rebase el sesenta por ciento (60%) de las cuotas devengadas durante el mismo período, las partes convienen desde ahora en que esta tarifa sea incrementada por negociación de las partes aun cuando el plazo mencionado no se haya vencido.



## 15. OTROS

Los servicios a que se refiere el presente documento, configuran la única obligación a cargo de **GEA** y/o su **RED DE PRESTADORES** y en ningún caso reembolsara al **CLIENTE** valor alguno por los servicios que este recibiere dentro de este programa.