

TÉRMINOS DEL SERVICIO DE ASISTENCIA



CUIDADO FAMILIAR

SERVICIO OPERADO POR



TÉRMINOS GENERALES PARA LA PRESTACION DEL PROGRAMA “CUIDADO FAMILIAR”

1. ANTECEDENTES

GEA ECUADOR S.A brindará con el programa “**CUIDADO FAMILIAR**”, a los **AFILIADOS** de dicho programa, los servicios de asistencia que forman parte integral del presente documento, ante cualquier eventualidad las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año. Con tan solo una llamada a **GEA**, esta procederá inmediatamente a gestionar aquellos servicios necesarios para la atención y solución a cualquier problema, de acuerdo al alcance y limitaciones establecidas a continuación en el presente documento.

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

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 materiales y/o corporales a un **AFILIADO**, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad) que ocurra a un **AFILIADO** durante la vigencia del presente documento.

AFILIADO: Es la persona física inscrita al programa “**CUIDADO FAMILIAR**” quien podrá gozar de todos los servicios de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente documento,

CLIENTE: PYCCA S.A.

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 **AFILIADO** se pueda contactar para obtener los diversos servicios contemplados en este documento.

COPAGO: Es el valor que deberá ser cancelado o asumido por el **AFILIADO**, de acuerdo a los porcentajes de cobertura o de acuerdo al valor previamente establecido, este valor será cancelado directamente al **PRESTADOR** de la **RED DE PRESTADORES** de **GEA**.

CONSULTA EXTERNA: Es la oportunidad de acceder a la consulta médica en horarios normales de atención (lunes a viernes de 08h00 a 19h00) o en los horarios de atención de la **RED DE PRESTADORES**.

CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES: Es el resumen donde constan los servicios y beneficios, con los montos, eventos, cobertura y coparticipación, del programa contratado.

EMERGENCIA MEDICA: Condiciones médicas en las que el paciente de forma imprevisible, violenta y/o súbita, tenga en peligro su vida o altere su estado de salud en forma grave y que requiera ser trasladado a un centro hospitalario.

FAMILIA: Se refiere al cónyuge e hijos dependientes económicos del **AFILIADO** hasta 23 años de edad.

GEA: ASISTENCIA ESPECIALIZADA DEL ECUADOR GEA ECUADOR S.A

IVA: Impuesto al Valor Agregado

MEDIASIST: Asistencia Médica Especializada del Ecuador, contratada por **GEA** para la prestación de los servicios médicos.

MÉDICO GENERAL: Profesional de la medicina que realiza la evaluación y atención médica primaria; llámese también al médico residente.

MÉDICO ESPECIALISTA: Profesional Médico con estudios de postgrado en especialidades de la Medicina reconocidas por ley.

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

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

PHARMACYS: Cadena de Farmacias, adscrito a la **RED DE PRESTADORES**.

TERRITORIO NACIONAL: Para fines de este convenio y sus anexos, la República del Ecuador.

PRESTADOR/RED DE PRESTADORES: Es la persona natural o jurídica y demás equipo asistencial de **GEA**, o subcontratado por **GEA**, apropiado para prestar servicios de asistencia al **AFILIADO**.

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

SALA DE EMERGENCIA: Es el servicio inicial de atención médica que ofrece un hospital o clínica.

3.FECHA DE INICIO

Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece **GEA** estarán a disposición de los **AFILIADOS**, ésta será a partir de las 48 horas de la suscripción al programa “**CUIDADO FAMILIAR**”.

4.SEGMENTO DE CLIENTES

El programa “**CUIDADO FAMILIAR**” está diseñado para el segmento de clientes que cuenten con un crédito directo con **PYCCA** y que estén inscritos al programa.

5.TARIFA

La tarifa mensual que el **AFILIADO** pagará a **GEA** por los servicios detallados en el presente documento es de \$5,00 (CINCO DOLARES CON 00/100) más **IVA**, por los servicios detallados en el presente documento, la misma que correrá para todos los **AFILIADOS** a este programa de asistencia.

6. 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 **AFILIADO**. Se excluye la provincia de Galápagos.

En los casos en que **GEA** no tenga disponibilidad de proveedores en la ciudad de **RESIDENCIA PERMANENTE** del **AFILIADO** en el momento de solicitud del servicio, éstos serán programados dependiendo del tiempo que tome llegar a la ciudad más cercana al lugar donde se solicite la emergencia, es decir, que para estos servicios no aplican los estándares de tiempos que **GEA** mantiene para cada servicio; o bien, el **AFILIADO** podrá después de autorización previa por parte de **GEA**, contratar los servicios respectivos, siempre y cuando presente la factura de los servicios correspondiente de dicha reparación y se encuentren dentro de cobertura.

7.SERVICIOS.

Los servicios detallados a continuación se prestarán a beneficio del **AFILIADO**, de acuerdo a lo establecido en el presente documento. Si los servicios excedieren el límite del monto máximo o del número máximo de eventos por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el

servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y lo pague de sus propios recursos en forma inmediata y directa al **PRESTADOR** y éste debe entregar la factura respectiva por el excedente del servicio prestado. El **AFILIADO** en todo momento deberá supervisar la prestación de los servicios.

GEA brindará los **SERVICIOS DE CUIDADO FAMILIAR** al **AFILIADO**, previa solicitud de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en el presente documento. Es elegible la **AFILIADA** 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 la **AFILIADA** no tendrá derecho a los **SERVICIOS DE CUIDADO FAMILIAR**.

7.1 ASISTENCIA MÉDICA BÁSICA

En caso que el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** lo requieran, **GEA** brindará los servicios de **ASISTENCIA MÉDICA BÁSICA** al **AFILIADO** y/o su **FAMILIA**, previa solicitud del **AFILIADO** y/o su **FAMILIA**, de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en el presente documento.

A) MEDIPHONE

Corresponde a la atención médica telefónica, que recibirá el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA**, las 24 Horas del día, los 365 días del año, a través de la **RED DE PRESTADORES**, de acuerdo a lo indicado en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**, con los términos establecidos a continuación:

I. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Corresponde a la atención médica telefónica, mediante profesionales en Medicina General, para asesorar, orientar a l **AFILIADO** sobre inquietudes médicas, actividades de promoción y educación para la salud.

II. GUÍA MÉDICA TELEFÓNICA

En caso que el **AFILIADO** requiera información de referencia tales como teléfono o dirección, de profesionales en medicina o especialistas, laboratorios, centros de diagnósticos, clínicas y hospitales, previa solicitud telefónica del **AFILIADO**, **GEA** proporcionará dicha información a nivel nacional, siempre y cuando **GEA** cuente con la información de prestadores.

Estos servicios se prestarán **SIN LÍMITE DE MONTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO**.

B) e-doctor

Servicio de e-doctor, es la orientación médica on Line, que permite al **AFILIADO** hablar con un profesional en Medicina General en tiempo real, a través de una video llamada, ingresando a nuestra página web www.e-doctorgea.com/edoctor/, con el usuario y la contraseña que se le será otorgado al momento de su afiliación.

Este servicio se prestará **SIN LÍMITE DE MONTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO**.

7.2 ASISTENCIA EN CONSULTAS MÉDICAS

Prevía solicitud del **AFILIADO** y/o su **FAMILIA**, **GEA** a través del **CSM** agendará las citas en **CONSULTA EXTERNA** o de acuerdo a la necesidad de atención, dentro de la **RED DE PRESTADORES**, de acuerdo a lo indicado en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**, con los términos establecidos a continuación:

A) CONSULTA CON MÉDICO GENERAL

Corresponde a la atención médica en **CONSULTA EXTERNA** con un **MÉDICO GENERAL**. La consulta médica se dará en los Centros Médicos de la **RED DE PRESTADORES**. Éste servicio se prestará a través de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente Documento.

La cobertura de este servicio es para el **AFILIADO** y/o **FAMILIA**, hasta 1 evento por cada persona. A partir de la segunda consulta podrá acceder a consultas a partir de USD 5,00 (cinco dólares, 00/100) en los centros médicos de la **RED DE PROVEEDORES**.

B) CONSULTA PEDIÁTRICA

Corresponde a la atención médica en **CONSULTA EXTERNA** con un **PEDIATRA**. La consulta médica se dará en los Centros Médicos de la **RED DE PRESTADORES**. Éste servicio se prestará de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente Documento.

La cobertura de este servicio es para el **AFILIADO** y/o **FAMILIA**, hasta 1 evento por cada persona. A partir de la segunda consulta podrá acceder a consultas a partir de USD 16,00 (dieciséis dólares, 00/100) en los centros médicos de la **RED DE PROVEEDORES**.

C) CONSULTA GINECOLÓGICA

Corresponde a la atención médica en **CONSULTA EXTERNA** con un **GINECÓLOGO**. La consulta médica se dará en los Centros Médicos de la **RED DE PRESTADORES**. Éste servicio se prestará de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente Documento.

La cobertura de este servicio es para el **AFILIADO** y/o **FAMILIA**, hasta 1 evento por cada persona. A partir de la segunda consulta podrá acceder a consultas a partir de USD 16,00 (dieciséis dólares, 00/100) en los centros médicos de la **RED DE PROVEEDORES**.

D) CONSULTA OFTALMOLÓGICA

Corresponde a la atención médica en **CONSULTA EXTERNA** con un **OFTALMÓLOGO**. La consulta médica se dará en los Centros Médicos de la **RED DE PRESTADORES**. Éste servicio se prestará de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente Documento.

La cobertura de este servicio es para el **AFILIADO** y/o **FAMILIA**, y podrán acceder a consultas a partir de USD 20,00 (veinte dólares, 00/100) en los centros médicos de la **RED DE PROVEEDORES**.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA EN CONSULTAS MÉDICAS

- Quedan excluidas las Consultas con Médicos Especialistas y Exámenes de diagnóstico que por su naturaleza no se puedan proporcionar, ya sea por la escasa oferta de atención, alto costo, complejidad o falta de infraestructura en el lugar solicitado por el **AFILIADO**.
- Los insumos médicos y materiales utilizados en las consultas médicas (en caso de ser requerido por el médico) no están contemplados dentro del valor del **COPAGO**, los mismos serán cancelados por el **AFILIADO**.

7.3 ASISTENCIA EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Corresponden a los exámenes de diagnóstico referenciados u ordenados en la **CONSULTA EXTERNA**, este servicio se prestará a **PRECIOS PREFERENCIALES** dentro de la **RED DE PRESTADORES** y son los siguientes:

A) LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO

Este servicio se dará previa orden emitida por el **MÉDICO GENERAL**. Comprenden el siguiente examen de laboratorio clínico:

- ✓ **Hemograma completo**

Éste servicio se brinda para el **TITULAR** y/o **FAMILIA** con una cobertura del 100%, hasta 1 evento al año por cada integrante, de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** que se establece en el presente documento.

7.4 ASISTENCIA EN AMBULANCIA

En caso que el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** lo requieran, **MEDIASIST** gestionará y cubrirá el servicio de traslado médico en ambulancia terrestre a través de su **RED DE PRESTADORES**, hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, en caso de no existir, **MEDIASIST** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos de la localidad, de acuerdo a lo establecido en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** con los términos y limitaciones; y son los siguientes:

A) TRASLADO MÉDICO TERRESTRE LOCAL

Corresponde al servicio de traslado médico terrestre cuando el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** tengan un **ACCIDENTE** o **ENFERMEDAD**, y requiera ser trasladado dentro de una ciudad o localidad al Centro Hospitalario más cercano.

B) TRASLADO MÉDICO TERRESTRE NACIONAL

Corresponde al servicio de traslado médico terrestre cuando el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** tengan una **ACCIDENTE** o **ENFERMEDAD**, y requiera ser trasladado de una localidad a otra, al Centro Hospitalario más cercano.

Este servicio se brinda sin límite de cobertura y sin límite de eventos al año.

7.5 ASISTENCIA EN SALA DE EMERGENCIA

En caso que el **AFILIADO** y/o **FAMILIA** requiera atención por **EMERGENCIA POR ACCIDENTE**, **GEA** lo asistirá en la **SALA DE EMERGENCIA** de una clínica, hospital o centro de salud de la **RED DE PRESTADORES**. El servicio se dará exclusivamente en **ATENCIÓN AMBULATORIA**, de acuerdo a lo establecido en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente Anexo.

La cobertura de este servicio es del 80%, es decir aplica copago del 20% de acuerdo a lo establecido en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**.

SALA DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE

En caso de **ACCIDENTE**, **GEA** ofrecerá los siguientes servicios y/o procedimientos:

- Derecho de Emergencia
- Atención de Emergencia
- Atención de **MEDICO RESIDENTE**, **MEDICO DE TURNO** o **MEDICO TRAUMATOLOGO** de acuerdo a disponibilidad al momento de la emergencia.
- Valoración Clínica
- Exámenes de Laboratorio de acuerdo a la emergencia
- Exámenes de imágenes:
 - Radiografía simple en zona de trauma: máximo 2 placas por evento
 - Ecografía abdómino-pélvica: 1 estudio por evento
- Exámenes complementarios:
 - Tomografía simple de cráneo: 1 estudio por evento
- Medicamentos de Emergencia (De acuerdo a la situación de emergencia)
- Electrocardiograma EKG: 1 examen por evento
- Material de uso médico: yeso, watta y venda
- Equipo y material de sutura
- Insumos Ortopédicos: collarettes, cabestrillo y/o muletas.

En caso de requerir la atención de otro tipo de **MÉDICO ESPECIALISTA**, **GEA** le proveerá el servicio a **PRECIOS PREFERENCIALES**.

Este servicio contempla reembolso de gastos, únicamente en caso de **EMERGENCIA VITAL**, o si el **AFILIADO** se encontrase en estado inconsciente .

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA EN SALA DE EMERGENCIA

- a) Está excluida la atención médica complementaria ordenada por el **MÉDICO ESPECIALISTA** en la **SALA DE EMERGENCIA** y/o cualquier lugar de atención en la Clínica u Hospital.
- b) Está excluida la atención médica ambulatoria complementaria ordenada por el **MÉDICO ESPECIALISTA** derivada de la atención recibida en la **SALA DE EMERGENCIA**.
- c) Exámenes no inherentes o no necesarios para tratar la atención dentro de la **SALA DE EMERGENCIA**.
- d) Gastos de Hospitalización Clínica, Quirúrgica y Unidad de Cuidados Intensivos.
- e) Gastos generados por **HOSPITAL DE DIA**, o al estar en estado de observación médica.
- f) Gastos de acompañante en clínica u hospitales, y cuidados de enfermera particular (no autorizado).
- g) Medicamentos utilizados para tratamiento ambulatorio, medios de contraste, vacunas, catéter central, prótesis, aparatos ortopédicos, insumos ortopédicos no detallados en el documento, sangre, plasma, albúmina, eritropoyetina y derivados,
- h) Costos de prótesis, lentes de contacto y/o anteojos, aparatos auditivos, dentaduras, cirugías plásticas
- i) Tratamientos de rehabilitación de cualquier tipo
- j) Servicios de enfermería fuera del hospital;
- k) Estudios de laboratorio programados a partir del alta de la sala emergencia
- l) El servicio de sala de emergencia únicamente brindara una asistencia por evento.

7.6 PLAN DE MEDICACIÓN

El **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** tendrán derecho a la medicación prescrita en las **CONSULTAS CON MÉDICO GENERAL** de la **RED DE PRESTADORES**.

La medicación se podrá solicitar en los lugares donde estén presentes las farmacias de nuestra **RED DE PRESTADORES** a nivel nacional de acuerdo a las coberturas descritas en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**.

Éste servicio se brinda para el **TITULAR** y/o **FAMILIA** con una cobertura del 100%, hasta 1 receta al año por cada integrante, de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** que se establece en el presente documento.

Los compuestos activos de los medicamentos cubiertos dentro del **PLAN DE MEDICACIÓN** se detallan a continuación:

PRINCIPIO ACTIVO
ACETAMINOFEN(PARACETAMOL)
AMIKACINA, SULFATO DE
AMOXICILINA
AMPICILINA
BETAMETASONA
CEFALEXINA
CLINDAMICINA
DICLOFENACO SODICO
FLUCONAZOL
FOSFOMICINA
GENTAMICINA, SULFATO DE
KETOROLACO
METILERGOMETRIA
METILPREDNISOLONA
METOCLOPRAMIDA
METRONIDAZOL
NITROFURANTOINA

NITROFURANTOINA, HIDROXIMETIL
NORFLOXACINA
PENICILINA G.BENZATINICA
SECNIDAZOL
TINIDAZOL, MICONAZOL.
TINIDAZOL+NISTATINA

8. CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES

9.

SERVICIO DE ASISTENCIA	LÍMITES DE COBERTURAS POR AÑO			Observaciones
	COBERTURA	EVENTOS	COPAGO	
ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA				
ORIENTACIÓN MÉDICA				
Mediphone: Orientación médica telefónica 24/7	100%	Sin Límite	-	Aplica para el titular y la familia (cónyuge e hijos hasta 23 años)
e-doctor : Orientación médica online 24/7	100%	Sin Límite	-	
ASISTENCIA EN CONSULTAS MÉDICAS				
Consulta Médico General	Primera consulta gratuita	1 evento por cada persona	Desde \$5,00 a partir de la segunda consulta	Aplica para la atención médica del titular y la familia (cónyuge e hijos hasta 23 años) en centros médicos de la red de prestadores
Consulta con Médico Pediatra			Desde \$16,00 a partir de la segunda consulta	
Consulta con Médico Ginecólogo				
Consulta Oftalmológica	Consultas desde \$20,00	Sin Límite	100%	
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO				
Hemograma	100%	1 evento por cada persona	-	Aplica para la atención médica del titular y la familia (cónyuge e hijos hasta 23 años) en laboratorios médicos de la red de prestadores
ASISTENCIA EN AMBULANCIA				
Traslado médico terrestre nacional	Sin Límite	Sin Límite	-	Aplica para el titular y la familia (cónyuge e hijos hasta 23 años). Cobertura en caso de enfermedad o accidente.
ASISTENCIA EN SALA DE EMERGENCIAS				
Sala de emergencia por accidente	80%	Sin Límite	20%	Aplica para la atención médica del titular y la familia (cónyuge e hijos hasta 23 años) en centros médicos de la red de prestadores
PLAN MEDICACIÓN				
Medicación Medicina General	100%	1 receta por cada persona	-	Aplica para el titular y la familia (cónyuge e hijos hasta 23 años)

10. EXCLUSIONES 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 **AFILIADO**, 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 **AFILIADO** en el procedimiento.
- k. Cuando la persona no se identifique como **AFILIADO** 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 **AFILIADO** incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- n. Cuando el **AFILIADO** 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** 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.

11. OBLIGACIONES DEL AFILIADO

Con el fin de que el **AFILIADO** 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 **AFILIADO** establezca su **RESIDENCIA PERMANENTE** en un lugar distinto al territorio de la República de Ecuador, la relación entre **GEA** y el **AFILIADO** 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 **AFILIADO** se verá liberado de su obligación de pagar las cuotas necesarias para recibir los servicios aquí establecidos.
- c. Identificarse como **AFILIADO** 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 **AFILIADO** 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 **AFILIADO** ni frente al **CLIENTE**

12. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso de que un **AFILIADO** 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 **AFILIADO** que requiera del servicio se comunicará con **GEA** al número telefónico especificado.
- b. El **AFILIADO** procederá a suministrarle al funcionario de **GEA** que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como **AFILIADO**, así como los demás datos que sean necesarios

con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como: la ubicación exacta del **AFILIADO**; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por **AFILIADO** 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 **AFILIADO** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

13. DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE ASISTENCIA

GEA podrá proceder a desafiliar a un **AFILIADO** del plan de asistencia, en caso de que, a juicio de **GEA** se presenten situaciones de uso indebido o de abuso en el uso por parte del **AFILIADO** de los servicios prestados por **GEA** bajo el programa “**CUIDADO FAMILIAR**”. En el caso de producirse una desafiliación de conformidad con esta cláusula, se notificará de este particular al **AFILIADO**, dándole aviso de la fecha de terminación de los servicios.

14. SUBROGACIÓN

GEA quedará subrogada hasta el límite del costo de los servicios prestados al **AFILIADO** de las sumas pagadas por dicha compañía, en relación con los derechos que tenga el **AFILIADO** para el cobro de indemnizaciones al responsable del accidente o enfermedad que haya dado lugar a la prestación de los servicios contemplados en el presente documento.

15. 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**. 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.

16. ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD DE GEA

La responsabilidad de **GEA** con respecto a los planes de asistencia antes referidos, se limita a gestionar en favor del **AFILIADO**, los servicios profesionales, debidamente calificados y autorizados por las autoridades correspondientes para prestar servicios profesionales que estén disponibles para brindar al **AFILIADO**, a través de la **RED DE PRESTADORES** de **GEA**. La responsabilidad profesional por las evaluaciones, diagnósticos, tratamientos y otros procedimientos a que sea sometido el **AFILIADO**, corresponde directamente al profesional médico u odontólogo que presten estos servicios, y **GEA** no asume responsabilidad alguna por los mismos. La provisión del servicio estará sujeta a la disponibilidad de la **RED DE PRESTADORES** de **GEA**.

Con relación a los servicios de traslado médico terrestre (ambulancia), la responsabilidad de **GEA** se limita a gestionar la provisión del servicio de dicho traslado, y a cubrir su costo, dentro de los límites señalados en este documento. La provisión del servicio estará sujeta a la disponibilidad del **PRESTADOR** de estos servicios, y/o a la disponibilidad de los servicios médicos públicos en los casos en que no exista disponibilidad de prestadores privados de estos servicios en la localidad.

17. 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 reembolsará al **AFILIADO** las sumas que éste hubiera erogado.