

CONDICIONES GENERALES PARA LA PRESTACION DEL PROGRAMA "CELULAR SEGURO".

1. INTRODUCCIÓN

GEA brindará con el programa "CELULAR SEGURO", 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.

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

AFILIADO: Es la persona física inscrita al presente programa de asistencia, en calidad de titular o principal, quien podrá gozar de ciertos beneficios que serán únicos y exclusivos para éste, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente documento.

ASEGURADORA: Compañía de seguros legalmente establecida y con capacidad de operar en la República del Ecuador, en la rama de Vida y accidentes personales, con la cual **GEA**, a su sola discreción, contratará una póliza de seguro que ampare al **ASEGURADO**, a través de la contratación del programa de "CELULAR SEGURO", con las coberturas mencionadas en el presente documento

ATENCIÓN AMBULATORIA: Prestaciones Médicas que no requieren **HOSPITALIZACIÓN**.

ASEGURADO: Es la persona física que figura como titular cuentas de ahorro / corriente de el **BANCO** emitida por el **BANCO** y que a su vez se encuentra inscrita al programa "CELULAR SEGURO", es el **AFILIADO** en calidad de titular o principal siempre y cuando su afiliación al programa esté vigente al momento de producirse una situación de asistencia o cobertura contratada para efecto de seguros

BANCO: BANCO DEL PACIFICO.

CAT: CENTRO DE ATENCION TELEFONICA de **GEA**, el cual es un espacio físico equipado con infraestructura humana y tecnológica propiedad de **GEA** que brinda las facilidades necesarias para que el **AFILIADO** y **ASEGURADO** 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** al momento de la asistencia.

CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES: Es el resumen donde constan los servicios y beneficios, con los Montos, eventos, Cobertura y coparticipación, del programa contratado programa "CELULAR SEGURO".

EMERGENCIA MEDICA: Son sucesos inesperados causados al **AFILIADO**, cuya asistencia no puede ser demorada y requieren atención inmediata en clínicas y hospitales.

FAMILIA: Se refiere al padre, madre, cónyuge e hijos y/o dependientes económicos hasta los 21 años de edad de un **AFILIADO**.

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

GEA: Asistencia Médica Especializada del Ecuador GEA ECUADOR S.A.

HARDWARE: Consiste en la parte física del equipo celular, teléfono móvil o smartphone, para efectos del presente documento no mayor de 3 años de antigüedad.

IVA: Impuesto al Valor Agregado.

PRECIOS PREFERENCIALES: Son precios especiales para los afiliados en los procedimientos médicos no cubiertos o no considerados como beneficios a un menor valor que el mercado.

RED DE PRESTADORES / PRESTADOR: Es la persona natural o jurídica y demás equipo asistencial de **GEA**, o subcontratado por **GEA**, apropiado para prestar servicios de asistencia al **AFILIADO** para el programa "**CELULAR SEGURO**", de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en el presente documento.

RESIDENCIA PERMANENTE: Corresponde al domicilio habitual permanente en la República de Ecuador, que manifieste tener un **AFILIADO** del programa "**CELULAR SEGURO**", 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.

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

SISTEMA OPERATIVO: SISTEMA OPERATIVO Windows, Linux y OS Mac, etc

SOFTWARE: Aplicación desarrollada en un lenguaje tecnológico para una tarea específica, serie de pasos y procesos que permiten a un **AFILIADO** realizar una tarea en un equipo celular, teléfono móvil o Smartphone.

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

3. FECHA DE INICIO

Fecha a partir de la cual los servicios de "**CELULAR SEGURO**" que ofrece **GEA** estarán a disposición del **AFILIADO**, ésta será a partir de las 48 horas de la suscripción al programa.

4. SEGMENTO DE CLIENTES

El programa "**CELULAR SEGURO**" está diseñado para el segmento de clientes segmento de cuentas de ahorro / corriente de el **BANCO**.

5. TARIFA

La tarifa mensual que el **AFILIADO** pagará a **GEA** por los servicios detallados en el presente documento es de US\$11,97 (ONCE DOLARES CON 97/100) incluido el **IVA**, la misma que correrá para todos los **AFILIADOS** a este programa de asistencia "**CELULAR SEGURO**".

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 en los lugares donde **GEA** tenga **RED DE PRESTADORES** en la ciudad de **RESIDENCIA PERMANENTE** del **AFILIADO**, de acuerdo a lo indicado en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**, se excluye la provincia de Galápagos.

7. SERVICIOS

Los servicios detallados a continuación se prestarán a beneficio del **AFILIADO** y su **FAMILIA**, 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 periodo 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.

7.1 ASISTENCIA LEGAL

En caso de que el **AFILIADO** lo requiera, **GEA** brindará previa solicitud de éste, los servicios de **ASISTENCIA LEGAL**, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente documento y por hechos derivados de los servicios especificados en el mismo.

Los costos en los que se incurra ante las autoridades competentes serán cubiertos por el **AFILIADO** con sus propios recursos.

GEA no será responsable de los honorarios ni por el resultado de las gestiones realizadas por parte del abogado que contrate directamente el **AFILIADO**, para realizar los servicios descritos en este numeral.

A) ASISTENCIA LEGAL TELEFÓNICA EN CASO DE ROBO DEL CELULAR DEL AFILIADO

En caso de robo del celular de propiedad del **AFILIADO**, **GEA** pondrá a disposición del **AFILIADO** un profesional en el área legal para que vía telefónica lo asesore en todas las denuncias que fueran necesarias ante las autoridades competentes, y cualesquiera otras que sean necesarias dependiendo del lugar donde se haya cometido el robo.

7.2 CELULAR PROTEGIDO

En caso de robo del celular de propiedad del **AFILIADO**, mediante el uso de la fuerza o violencia al **AFILIADO**, **GEA** brindará los servicios de "**CELULAR PROTEGIDO**" y gestionará la reposición del valor hasta el límite indicado en la cobertura, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente documento. Para la prestación de estos servicios aplica una carencia de 30 días y se debe de haber realizado el cobro de la primera cuota.

Este servicio se ofrecerá siempre y cuando se haya reportado la situación de asistencia a nuestros centros de atención telefónica **CAT**, en un tiempo máximo de 2 horas luego de haber ocurrido el suceso, así también el **AFILIADO** deberá proporcionar la siguiente información:

- a. Descripción de lo ocurrido, indicando el lugar donde ocurrió el siniestro;
- b. Objeto del siniestro y costo del equipo celular (modelo, marca, etc)

Documentación que el **AFILIADO** debe presentar máximo 48 horas de ocurrido el evento, en caso de fin de semana o feriado, se entregará en el siguiente día hábil laboral:

- a. Declaración juramentada de la denuncia, describiendo las características del evento que dan origen al reclamo;
- b. Copia certificada de la denuncia ante la autoridad competente, describiendo las características del evento que dan origen al reclamo;
- c. Copia de la cédula de ciudadanía, papeleta de votación, acta de matrimonio de ser necesaria, pasaporte o cualquier documento que se pueda validar la identificación del **AFILIADO**
- d. Cualquier otro documento solicitado por **LA ASEGURADORA**, que se solicite siempre y cuando sea necesaria en términos de ley.

Definiciones

Robo: Apoderamiento ilegítimo de los bienes objeto del seguro, con fuerza en las cosas o intimidación o violencia en las personas, sea que tengan lugar antes del hecho para facilitararlo o en el acto de cometerlo o inmediatamente después, para lograr el fin propuesto o la impunidad. Por intimidación se entenderá únicamente la amenaza directa o indirecta de daño físico inminente al beneficiario o sus allegados.

-Daño accidental: Deterioro externo visible o destrucción del equipo resultante de una causa externa, inesperada e impredecible y que impida el correcto funcionamiento del teléfono celular.

-Hurto: Apoderamiento de los bienes objeto del seguro, sin violencia ni amenaza contra las personas, sin fuerza en las cosas y con ánimo ilegítimo.

Límite de cobertura

-Monto máximo de cobertura de \$500.00

-1 evento al año, mientras el cliente mantenga la consecutividad en sus pagos mensuales.

Deducibles

-Aplica deducible del 10% del valor indemnizable.

Obligaciones del Afiliado

El beneficiario final de la cobertura deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Tomar las medidas de seguridad razonables para prevenir el siniestro.
2. No hacer abandono de la cosa dañada.
3. Conservar los restos sin introducir cambios que hagan más difícil establecer la causa del daño mismo, salvo que se efectúen para disminuir el daño o en el interés público.
4. Denunciar dentro de las veinticuatro (24) horas a las autoridades policiales el acaecimiento del siniestro, indicando las circunstancias en las que ha ocurrido el mismo y la marca modelo y número de serie del Equipo Personal robado.
5. Conservar y facilitar en caso de siniestro la factura de compra del bien asegurado donde se incluya la identificación del mismo. De igual forma cuando el equipo haya sido adquirido en el exterior.
6. Reporte emitido por la empresa telefónica proveedora del servicio en el que se detalle la anulación del equipo debido al evento de robo.
7. En caso de daño del celular el **ASEGURADO** deberá entregar el equipo dañado

Exclusiones

1. Teléfonos celulares que fueron hurtados;
2. Teléfonos celulares que fueron extraviados o robados desde un vehículo;
3. Teléfonos celulares que el Asegurado ha arrendado;
4. Teléfonos celulares reconstruidos, reutilizados o rehechos al tiempo de la compra del equipo;
5. Gastos de manejo y embalaje o instalación, costos relacionados al ensamblaje;
6. Teléfonos celulares comprados para la reventa, de uso profesional o comercial;
7. Pérdidas causadas por un daño accidental;
8. Pérdidas causadas por alimañas, insectos, termitas, moho, podredumbre húmeda o seca, bacteria u óxido;
9. Pérdidas debido a fallas mecánicas, eléctricas, de software, o fallas de datos, incluyendo pero no limitándose a interrupción de electricidad, aumento, baja o corte de ésta, telecomunicaciones o fallas de sistema satelital;
10. Teléfonos celulares dañados por desgaste por uso, defecto inherente del producto o uso normal tal como, pero no limitado a equipo deportivo o recreacional.
11. Teléfonos celulares que el Asegurado dañó al alterarlo, incluyendo cortes, cortes por serrucho, o dar forma;
12. Teléfonos celulares dejados sin atención en lugares de acceso público;
13. Pérdidas debido a eventos nucleares, biológicos o químicos.

7.3 ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

En caso que el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** lo requieran, **GEA** brindará los servicios de **ASISTENCIA MEDICA ESPECIALIZADA** al **AFILIADO**, 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) 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 al **AFILIADO** sobre inquietudes médicas, actividades de promoción y educación para la salud.

II) GUÍA MÉDICA TELEFÓNICA

En caso que el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** requieran 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.

Queda entendido que la selección del médico o centro hospitalario, coordinación de cita y costos, correrán por cuenta propia del **AFILIADO** y/o su **FAMILIA**, así mismo los honorarios del médico que atienda al **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven.

B) ASISTENCIA EN AMBULANCIA

En caso que el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** lo requiera a consecuencia de robo del celular de propiedad del **AFILIADO**, **GEA** 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, **GEA** 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:

I) TRASLADO MÉDICO TERRESTRE LOCAL

Corresponde al servicio de traslado médico terrestre cuando el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** tengan una **EMERGENCIA MÉDICA** a consecuencia de robo del celular de propiedad del **AFILIADO**, y requiera ser trasladado dentro de una ciudad o localidad al Centro Hospitalario más cercano.

II) TRASLADO MÉDICO TERRESTRE NACIONAL

Corresponde al servicio de traslado médico terrestre cuando el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** tengan una **EMERGENCIA MÉDICA** a consecuencia de robo del celular de propiedad del **AFILIADO**, y requiera ser trasladado de una localidad a otra, al Centro Hospitalario más cercano.

E) ASISTENCIA EN SALA DE EMERGENCIAS

En caso que el **AFILIADO** requiera atención por **EMERGENCIA MÉDICA** a consecuencia de robo del celular de propiedad del **AFILIADO**, **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 documento

SALA DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DEL ROBO DEL CELULAR

GEA asistirá al **AFILIADO** 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 documento.

Este servicio incluye:

- a. Derecho de Emergencia
- b. Atención de Emergencia
- c. Atención de MÉDICO EMERGENCIÓLOGO
- d. Atención de MÉDICO ESPECIALISTA (atención inicial)
- e. Valoración de la Clínica.
- f. Exámenes de Laboratorio Básicos
- g. Exámenes de imágenes:
 - i) Radiografía simple en zona de trauma: 1 placa por evento;
 - ii) Ecografía abdomino-pélvica: 1 estudio por evento
- h. Exámenes complementarios: Tomografía simple de cráneo
- i. Medicamentos de Emergencia:
 - i) Analgésicos (dolor): dosis inicial;
 - ii) Anti-inflamatorios (inflamación): dosis inicial;

- iii) Antipiréticos (fiebre): dosis inicial
- j. Material de uso médico: yeso, watta y venda
- k. Equipo y material de sutura

Exclusiones de la asistencia médica y de hospitalización: Quedan excluidos del presente servicio los siguientes: i) Costos de prótesis, lentes de contacto y/o anteojos, aparatos auditivos, dentaduras, cirugías plásticas; ii) Servicios de enfermería fuera del hospital; iii) Tratamientos de rehabilitación de cualquier tipo; iii) Estudios de laboratorio programados a partir del alta del consultorio o servicio de urgencias en la primera y única visita cubierta.

7.4 DOCUMENTO PROTEGIDO EN CASO DE ROBO DEL CELULAR

GEA, a consecuencia de robo del celular de propiedad del **AFILIADO** restituirá el valor de los documentos personales de acuerdo a lo establecido en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente documento que se encontraban en poder del **AFILIADO** al momento del siniestro: tales documentos personales son cédula, licencia de conducir y certificado de votación, etc.

Este servicio se ofrecerá siempre y cuando se haya reportado la situación de asistencia a nuestros centros de atención telefónica **CAT**, en un tiempo máximo de 2 horas luego de haber ocurrido el suceso, así también el **AFILIADO** deberá proporcionar la siguiente información:

- a. Descripción de lo ocurrido, indicando el lugar donde ocurrió el siniestro;
- b. Objeto del siniestro

Documentación que el **AFILIADO** debe presentar máximo 48 horas de ocurrido el evento, en caso de fin de semana o feriado, se entregará en el siguiente día hábil laboral:

- a. Declaración juramentada de la denuncia, describiendo las características del evento que dan origen al reclamo;
- b. Copia certificada de la denuncia ante la autoridad competente, describiendo las características del evento que dan origen al reclamo;
- c. Copia de la cédula de ciudadanía, papeleta de votación, acta de matrimonio de ser necesaria pasaporte o cualquier documento que se pueda validar la identificación del **AFILIADO**
- d. Cualquier otro documento solicitado por **GEA**, que se solicite siempre y cuando sea necesaria en términos de ley.

7.5 ASISTENCIA TECNOLÓGICA

En caso que el **AFILIADO** lo requiera, **GEA** brindará los servicios de **ASISTENCIA TECNOLÓGICA**, para brindar asesoría telefónica y un servicio de soporte técnico que garantice un mejor funcionamiento del equipo celular, teléfono móvil o Smartphone del **AFILIADO**, a través de la **RED DE PRESTADORES** de **GEA**, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente documento.

Aplica únicamente a un (a) celular, teléfono móvil o Smartphone; que debe pertenecer única y exclusivamente al **AFILIADO**; y que se encuentre en uso dentro de la **RESIDENCIA PERMANENTE** del **AFILIADO**

GEA no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte del **PRESTADOR** o por tiendas contactadas.

BENEFICIOS DE ASISTENCIA TECNOLÓGICA

El **AFILIADO** contará con los siguientes beneficios:

❖ Configuración e instalación

- a. Configuración de acceso a Internet.
- b. Configuración e Instalación de la tienda móvil.
- c. Configuración de Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint,) o similares para el equipo.
- d. Configuración de gestores de correos (Outlook y Outlook Express, Mail, Thunderbird).

- e. Configuración de navegadores de internet (Internet Explorer, Navigator, Netscape, Mozilla Firefox, Safari).
- f. Configuración de aplicaciones de mensajería instantánea (MSN Messenger, Yahoo Messenger, Skype)
- g. Descarga, instalación y actualización de herramientas gratuitas para la protección del **SOFTWARE** del equipo
- h. Descarga, instalación y actualización aplicativos para el equipo

A) ASISTENCIA MOVIL EN LÍNEA

El **AFILIADO** podrá solicitar las 24 horas del día, los 365 días del año, una asesoría de un técnico en línea sobre consultas relacionadas al área tecnológica que permitan aclarar las inquietudes que pueda presentar, pudiendo incluso solicitar asistencia para el manejo de determinados programas y nuevas configuraciones o instalaciones. Así también, en caso de presentarse una falla en el funcionamiento del celular, teléfono móvil o Smartphone, mediante preguntas de **DIAGNÓSTICO TÉCNICO**, **GEA** intentará solucionar, establecer e identificar el problema que se presenta en el celular, teléfono móvil o Smartphone del **AFILIADO**. En caso de no obtener una solución inmediata, **GEA** analizará el problema, pudiendo comunicarse posteriormente con el **AFILIADO** para dar una solución definitiva al problema.

B) ASISTENCIA MOVIL IN SITU

En caso que se requiera, **GEA** procederá a enviar a un técnico a la **RESIDENCIA PERMANENTE**. Por este servicio el **AFILIADO** deberá cancelar el valor correspondiente del **COPAGO** contemplado en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**. El horario de las visitas se programarán de lunes a sábado entre las 09h00 y 18h00, cuando el requerimiento del técnico se lo haga fuera de ese horario, se programará la visita para el día siguiente. **GEA** coordinará y cubrirá la solución del problema del **AFILIADO** siempre y cuando se encuentre enmarcado dentro de las coberturas de **SISTEMA OPERATIVO** y **HARDWARE**.

En caso de brindar el servicio de reparación e instalación, **GEA** garantizará en un plazo máximo de 30 días los servicios brindados, se aclara que esta garantía no incluye futuros daños a consecuencia de ataques de virus o mal uso del equipo.

C) EXCLUSIONES DEL SERVICIO ASISTENCIA PC

- a. Daños causados por negligencia del **AFILIADO**, problemas eléctricos, daños físicos provocados de manera casual o intencional en cualquiera de las partes o en su conjunto tanto del celular, teléfono móvil o Smartphone. Esto se dará a precios preferenciales.
- b. Los servicios emergentes de asistencia del celular, teléfono móvil o Smartphone para locales comerciales, oficinas, etc., así como otras viviendas que sean propiedad del **AFILIADO**.
- c. Asesoría, referencia o reparación de redes locales o para el uso como servidores de cualquier tipo y componentes de **HARDWARE** y **SOFTWARE** relacionados.
- d. Soporte en aplicaciones o programas especializados, de diseño en todas sus líneas, programas contables, financieros o similares, programas médicos, odontológicos o de salud, o cualquier otro que no sea para funcionamiento básico del celular, teléfono móvil o Smartphone, periféricos o que no hayan sido señalados de manera explícita.
- e. Soporte de cualquier otro **SISTEMA OPERATIVO** diferente a los indicados de manera explícita en este documento
- f. Recuperación de datos de tarjetas de memoria del celular, teléfono móvil o Smartphone
- g. Cualquier daño estético preexistente en los componentes del hardware del beneficiario como son rayones, manchas u otros de carácter estético. Se considera como daño preexistente, lo que ya exista y sea demostrable fehacientemente antes de la fecha en que se solicite el servicio de la asistencia.
- h. Cualquier reparación o gasto que sea contratado directamente por el **AFILIADO** con terceros.

8. CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES

ASISTENCIA LEGAL			
Asistencia legal telefónica en caso de robo del celular del afiliado	Sin limite	Sin límite	-
CELULAR PROTEGIDO			

Asistencia en caso de robo de teléfono celular: reembolso hasta el límite indicado del teléfono celular al que sea aplicable la cobertura	Celular de valor hasta \$500	1 evento al año	Deducible 10%
ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA			
MEDIPHONE Orientación médica telefónica Guía médica telefónica	100%	Sin Límite	-
ASISTENCIA EN AMBULANCIA Traslado médico terrestre local a consecuencia del robo del celular Traslado médico terrestre nacional a consecuencia del robo del celular	Sin Límite	Sin Límite	-
ASISTENCIA EN SALA DE EMERGENCIAS Sala de emergencia a consecuencia del robo del celular Aplican restricciones	Sin Límite	Sin Límite	20%
DOCUMENTO PROTEGIDO			
Documento protegido a causa del robo del celular	Hasta \$ 100	1 evento al año	-
ASISTENCIA TECNOLÓGICA			
ASISTENCIA MOVIL EN LÍNEA Asesoría telefónica para: - Instalación de tienda móvil - Descarga e instalación de aplicativos - Instalación de correos electrónicos, chats	100%	Sin Límite	-
ASISTENCIA MOVIL IN SITU - Instalación de tienda móvil - Instalación de aplicativos - Asesoría de instalación de correos electrónicos, chats	100%	3 eventos al año	\$10

9. 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** y/o su **FAMILIA**, comprobada por el personal de **GEA**.
- b. Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- c. Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- d. La energía nuclear radiactiva.
- e. La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- f. Enfermedades mentales.
- g. La adquisición y uso de prótesis o anteojos.
- i. El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia del **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** en el procedimiento.
- j. Cuando la persona no se identifique como **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** del programa de asistencia.
- k. Cuando el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- m. Cuando el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** no proporcionen información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente.
- n. Procedimientos no autorizados por **GEA**
- o. Cualquier cambio de los servicios que hayan sido solicitados directamente al **PRESTADOR** y que no esté dentro del alcance establecido en el servicio.
- p. La no utilización de alguno de los servicios estipulados anteriormente, no dará lugar a compensación de ningún tipo, perdiéndose el derecho sobre este beneficio.
- q. Los servicios que no se encuentren estipulados en el presente documento.

9. OBLIGACIONES DEL AFILIADO

Con el fin de que el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** puedan disfrutar de los servicios contemplados en este Anexo, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- a. Abstenerse de realizar gastos (médicos) 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** y/o su **FAMILIA** 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.

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 **BANCO**.

10. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

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

- a. El **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** que requiera del servicio se comunicará con **GEA** al número telefónico especificado.
- b. El **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** 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** y/o su **FAMILIA**; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por el **AFILIADO** y/o su **FAMILIA** 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.

11. 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 presente programa. 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.

12. 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** y/o su **FAMILIA** para el cobro de indemnizaciones al responsable del accidente que haya dado lugar a la prestación de los servicios contemplados en el presente documento

13. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los servicios objeto del presente documentos 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; no obstante **GEA** será siempre la responsable principal y directa frente al **BANCO**.

14. ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD DE GEA

La responsabilidad de **GEA** con respecto a los servicios de asistencia antes referidos, se limita a gestionar en favor del **AFILIADO**, los servicios profesionales en medicina, debidamente calificados y autorizados por las autoridades correspondientes para practicar dicha profesión y prestar servicios profesionales que estén disponibles para brindar al **AFILIADO** y/o su **FAMILIA**, 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** y/o su **FAMILIA**, corresponde directamente al profesional que presten estos servicios, y **GEA** asume responsabilidad indirecta por los mismos. La provisión del servicio estará sujeta a la disponibilidad de la **RED DE PRESTADORES** de **GEA**.

15. 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 al **BANCO** para que un plazo no mayor a 60 días hábiles, exprese su aceptación o negativa en el incremento del precio.

El costo por **AFILIADO** 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

16. 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 afiliado las sumas que este hubiera erogado.