

## Solicitud de Afiliación

### FECHA DE AFILIACIÓN

Día/Mes/ Año

--	--	--

NUEVA AFILIACIÓN

INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS

EXCLUSIONES

### DATOS DEL TITULAR

Fecha de Nacimiento Día/Mes/ Año

--	--	--

Género F o M

### Documento de identificación

RUC

CC

Cédula Extranjera

Pasaporte

Otro Cuál?

Número de Documento

Nombres

Apellidos

Dirección Domicilio

Barrio

Dirección Oficina

Barrio

Email (1)

Email (2)

Croquis del domicilio

Telf. Domicilio

Telf. Oficina

Celular

Autorizo envío de información

SI

NO

### Estado Civil

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

Unión de Hecho

En caso de padecer alguna enfermedad preexistente favor indicar cuál enfermedad y fecha de diagnóstico

### Ocupación

Dependiente

Independiente

Jubilada

Otros

Estudiante

### FIRMA DEL CONTRATANTE

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y autorizo a Amunifondos S.A. a realizar el débito automático conforme a los datos proporcionados en el formulario de Información General.

**BENEFICIARIO 1**

**Parentesco:**  
Cónyuge  Esposa  Unión de Hecho  Hijo  Hijastro

**Documento de identificación**  
RUC  CC  Cédula Extranjera  Pasaporte  Cuál?

Número de Documento  Género F o M

Nombres  Apellidos

Telf. Celular

**Estado Civil**  
Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Unión de Hecho

**Ocupación**  
Empleada  Independiente  Jubilada  Ama de casa  Estudiante

**Cómo conoció el servicio**  
Referido  Convenio  Eventos  Redes Sociales  Página web

**Fecha de Nacimiento** Día/Mes/ Año

**Servicio Médico (Seguro/Prepagada)**  
Pública  ¿Cuál?   
Privada  ¿Cuál?

**Nivel socioeconómico**  
Alto  Medio Alto  Medio Bajo  Bajo

**BENEFICIARIO 2**

**Parentesco:**  
Cónyuge  Esposa  Unión de Hecho  Hijo  Hijastro

**Documento de identificación**  
RUC  CC  Cédula Extranjera  Pasaporte  Cuál?

Número de Documento  Género F o M

Nombres  Apellidos

Telf. Celular

**Estado Civil**  
Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Unión de Hecho

**Ocupación**  
Empleada  Independiente  Jubilada  Ama de casa  Estudiante

**Cómo conoció el servicio**  
Referido  Convenio  Eventos  Redes Sociales  Página web

**Fecha de Nacimiento** Día/Mes/ Año

**Servicio Médico (Seguro/Prepagada)**  
Pública  ¿Cuál?   
Privada  ¿Cuál?

**Nivel socioeconómico**  
Alto  Medio Alto  Medio Bajo  Bajo

**BENEFICIARIO 3**

**Parentesco:**  
Cónyuge  Esposa  Unión de Hecho  Hijo  Hijastro

**Documento de identificación**  
RUC  CC  Cédula Extranjera  Pasaporte  Cuál?

Número de Documento  Género F o M

Nombres  Apellidos

Telf. Celular

**Estado Civil**  
Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Unión de Hecho

**Ocupación**  
Empleada  Independiente  Jubilada  Ama de casa  Estudiante

**Cómo conoció el servicio**  
Referido  Convenio  Eventos  Redes Sociales  Página web

**Fecha de Nacimiento** Día/Mes/ Año

**Servicio Médico (Seguro/Prepagada)**  
Pública  ¿Cuál?   
Privada  ¿Cuál?

**Nivel socioeconómico**  
Alto  Medio Alto  Medio Bajo  Bajo

**\*Sin limite de hijos \* Hasta 25 años**

## CONTRATO DE AFILIACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS

Entre SATINATOG S.A. - MÉDICOS EN CASA, en adelante denominada "**MEC**", y por la otra EL CONTRATANTE que figura en este documento como TITULAR y que celebra un acuerdo de contratación para la prestación de servicios asistenciales de emergencias y urgencias médicas que se prestará únicamente al TITULAR y DEPENDIENTES relacionados al anverso de este contrato y a los beneficiarios adicionados posteriormente mediante los anexos respectivos.

**1.- OBJETO DEL CONTRATO:** **MEC** prestará a los beneficiarios un Servicio Asistencial de Consulta médica, Emergencias, Urgencias y línea de orientación médica las 24 horas los 365 días al año siempre y cuando el afiliado esté al día en sus pagos (EL SERVICIO), con las características, alcances y condiciones aquí especificadas y conforme a las normas legales vigentes para el desempeño de la profesión y servicio médico, bajo el sistema o modalidad prepagada.

**2.- DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:** El SERVICIO comprende la atención pre-hospitalaria de crisis que pongan en riesgo la vida conforme el siguiente detalle:

**ATENCIÓN DE EMERGENCIAS MÉDICAS:** Son aquellas situaciones súbitas en las cuales está comprometida la vida del paciente. Ej.: Infarto agudo de miocardio, accidente cerebro vascular, paro cardiorrespiratorio, hemorragias agudas, entre otros. Tiempo de respuesta promedio 15 minutos. **ATENCIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS:** Son aquellas situaciones de salud en las cuales la vida del paciente no está comprometida, pero se requiere una atención oportuna con el fin de evitar secuelas. Ej.: Fractura, cólico renal, crisis de broncoespasmo, dolor abdominal severo, entre otros. Tiempo de respuesta promedio 45 minutos. **ATENCIÓN DE CONSULTAS MÉDICAS:** Son aquellas situaciones en donde el paciente necesita ser examinado por un médico general, para obtener una valoración médica y no requiere traslado a una institución hospitalaria. Ej. Migraña, amigdalitis, entre otras. Tiempo de respuesta 120 minutos promedio. Este servicio tiene un costo adicional de \$5.00, que son pagados por el paciente en el momento de la atención. **LÍNEA DE ORIENTACIÓN MÉDICA:** Para estar en todo momento con el afiliado y aclarar todas sus dudas en salud. Este servicio incluye la tele consulta gratuita con un médico a través de video llamada. Ejemplos: dudas de cómo tomar un medicamento, qué hacer si la fiebre no baja, fechas de vacunación de los niños, etc.

Adicionalmente se incluye el servicio de enfermería con una tarifa del \$5 por evento.

**3.- COBERTURAS DEL SERVICIO:** EL SERVICIO incluye: (a) tratamiento inicial de la crisis por parte de médicos especializados, asistidos por personal técnico auxiliar y disponiendo de unidades móviles provistas de los equipos, instrumental y medicamentos necesarios; y (b) traslado del paciente, en caso de ser necesario según exclusivo criterio del médico actuante de **MEC**, al establecimiento médico asistencial para el tratamiento posterior a la emergencia.

**4.- CARACTERÍSTICAS DEL TRASLADO:** La asistencia que brindará **MEC** será la que resulte como consecuencia directa, inmediata y necesaria de EL SERVICIO de carácter pre-hospitalario.

Queda totalmente excluido de EL SERVICIO, todo otro tipo de traslados, a saber: (a) de clínica a domicilio de pacientes que hayan sido dados de alta de internación; (b) de pacientes estables, aun cuando se encuentren bajo asistencia médica, para la realización de estudios o exámenes clínicos o radiológicos; (c) de pacientes internados que requieran estudios o exámenes programados a realizarse en otro establecimiento asistencial.

**5.- CIRCUNSCRIPCIÓN TERRITORIAL:** EL SERVICIO podrá ser requerido dentro del perímetro urbano de Guayaquil, Durán y Samborondón.

En los siguientes sectores EL SERVICIO **no tiene cobertura:** **Guayaquil:** Isla Trinitaria, Ubicaciones cercanas al Estero Salado (Sur Oeste), Barrio San Eduardo, La Fragata, Fertisa, Las Peñas, Las Malvinas, Los Claveles, Jaime Toral, Guasmo Sur, La Florida, Colinas de la Florida, El Fortín, Valerio Estacio, Flor de Bastión, Paraíso de la Flor, Monte Sinaí, Guerreros del Fortín, Socio Vivienda, Nueva Prosperina

y demás Cooperativas del sector. **Durán:** Cerro Las Cabras, Sector 5 de Junio, Las Terrazas, Colinas del Valle, Ubicaciones cercanas al río Guayas, Cooperativas ubicadas detrás del Recreo. **Sectores cobertura parcial:** **Guayaquil 70%:** Guasmo Oeste, Centro y Norte, Pascuales, Florida Norte, Bastión Popular, Mapasingue, La Chala, Barrio Cuba, Chungón. **Guayaquil 50%:** Pancho Jacome, La Prosperina. **Durán 60%:** Primavera 2, Abel Gilbert, Héctor Cobos, Maldonado, San Jacinto, Antonio José de Sucre, Los Mirlos, Roberto Gilbert, Oramas González.

**6.- OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE MEC:** EL SERVICIO se brindará a requerimiento del TITULAR, DEPENDIENTES o la persona que tome conocimiento de la emergencia, y durará desde que EL SERVICIO sea requerido hasta que la crisis haya sido superada, si ello fuese médicamente posible, y el paciente se encuentre en condiciones de permanecer en su domicilio o hubiese sido trasladado y recibido en el establecimiento médico asistencial para el tratamiento posterior a la emergencia, o donde en definitiva fuese internado a los mismos fines, cesando a partir de ese momento toda responsabilidad por parte de **MEC**.

**7.- VIGENCIA DEL CONTRATO:** la vigencia de este Contrato es de un (1) año calendario, con vencimiento el último día del duodécimo mes, siendo su renovación automática por período igual, en tanto EL CONTRATANTE o **MEC** no hayan dado el Contrato por terminado. El CONTRATANTE o **MEC** podrán dar por terminado este Contrato mediante comunicación escrita dirigida a la contraparte y cursada con una antelación mínima de (25) veinticinco días calendario al vencimiento del período que tuviese pagado. **MEC** renovará el Contrato de manera automática, a menos que medie incumplimiento por parte de EL CONTRATANTE.

**8.- CARACTERÍSTICAS DE EL SERVICIO:** EL SERVICIO comprende un número ilimitado de requerimientos asistenciales por parte de cada beneficiario, siempre que los mismos sean motivados. A tal efecto, se hace constar expresamente que dicha consideración será resuelta en todos los casos por el médico que atenderá la solicitud de EL SERVICIO, y cuya decisión será comunicada en el acto a quien realice el requerimiento. No obstante, si se produjesen reiterados requerimientos, hasta dos requerimientos mensuales por la misma dolencia, aunque los mismos fuesen justificados, **MEC** podrá requerir del beneficiario, la realización de exámenes clínicos por cuenta y cargo del paciente, por parte de médicos y a elección del paciente.

**9.- EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS AL CONTRATO:** Si se produjesen reiterados requerimientos injustificados, hasta dos requerimientos mensuales por la misma dolencia, por parte de un mismo BENEFICIARIO de EL SERVICIO, **MEC** podrá proceder a dar por terminado el presente Contrato, sin más trámite que la comunicación por escrito en tal sentido. Como reiterados requerimientos injustificados se consideran todas las solicitudes de servicio no convenidas o previstas en el presente Contrato, y la petición exclusiva de servicios para elaboración de fórmulas médicas, interpretación exclusiva de exámenes de laboratorio. Lo dispuesto en esta Cláusula se refuta para todos los efectos legales y contractuales respectivos, casos especiales que dan derecho a **MEC** para dar por terminado el presente Contrato antes del vencimiento de su plazo original y renovaciones.

**10.- ADQUISICIÓN DEL DERECHO DE EL CONTRATANTE Y LOS BENEFICIARIOS:** La calidad de CONTRATANTE y BENEFICIARIO y el derecho a EL SERVICIO, comienza a partir del pago de la primera cuota mensual verificados los documentos habilitantes respectivos.

**11.- PLAN TARIFARIO:** La cuota correspondiente del Contrato, consta del Plan Tarifario que se pone en conocimiento de EL CONTRATANTE a la fecha de suscripción del presente Contrato, y que EL CONTRATANTE declara conocerlo y aceptarlo expresamente. Esta cuota y el Plan Tarifario podrán ser ajustados en la renovación del contrato. El ajuste será de libre cuantía, se informará de él a EL CONTRATANTE, con una antelación mínima de un (1) mes a su puesta en vigencia a través de un medio de comunicación masivo, además se encontrará a disposición de EL CONTRATANTE en las oficinas de **MEC** ubicadas en la Avenida Francisco Boloña No. 703 y Calle Décima, Ciudadela Kennedy Vieja, ciudad de Guayaquil. Para la fijación de los ajustes de la cuota y Plan Tarifario se tomarán en cuenta el nivel de inflación y el Índice de Precios al Consumidor referido al Sector Salud preparados por las entidades gubernamentales.

**12. - FORMA DE PAGO:** La cuota mensual deberá ser pagada por EL CONTRATANTE, por período adelantado, dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes calendario.

**13. - SUSPENSIÓN DE EL SERVICIO:** La falta de pago de una cuota mensual acarreará la suspensión automática del derecho de EL BENEFICIARIO a EL SERVICIO hasta por noventa (90) días. Vencido el período de suspensión sin que hubiese sido regularizado el pago de las cuotas mensuales exigibles, se producirá de pleno derecho la terminación del presente Contrato.

**14.- CAUSALES DE EXONERACIÓN:** **MEC** no asume ninguna responsabilidad por daños que puedan sobrevenir a EL CONTRATANTE o a LOS BENEFICIARIOS en el desarrollo de LOS SERVICIOS, si ellos provienen de caso fortuito o fuerza mayor, o de la crítica condición médica del paciente. La definición de estos tres eventos estará sustentada en las conclusiones emitidas por un comité conformado por el personal médico de **MEC** y un representante del Colegio Médico de Guayas, sin perjuicio de las acciones legales para la comprobación de los mismos.

**15.- RESPONSABILIDADES DE MEC:** EL CONTRATANTE declara expresamente conocer y aceptar que las únicas obligaciones que el presente Contrato impone a **MEC**, son las de atender su llamado y aquel de LOS USUARIOS, prestarles LOS SERVICIOS, y trasladar al establecimiento médico asistencial escogido por ellos, en caso de ello ser considerado necesario por el médico de **MEC**. Asimismo, EL CONTRATANTE declara expresamente conocer y aceptar que las obligaciones derivadas para **MEC** del presente Contrato son de medio y no de resultado; por lo tanto, **MEC** no se responsabiliza por ningún daño que puedan sufrir EL CONTRATANTE y/o LOS BENEFICIARIOS como consecuencia de las emergencias que ameriten la intervención de **MEC**. Si EL CONTRATANTE y/o LOS BENEFICIARIOS consideran que **MEC** tiene responsabilidad por un daño derivado de la atención médica recibida, podrán interponer los recursos legales que establece la ley para estos casos.

**16.- PÓLIZA DE SEGUROS:** **MEC** declara que tiene suscrita y vigente una póliza de seguro para cualquier accidente que pudiese ocurrir durante el traslado de EL CONTRATANTE y/o LOS BENEFICIARIOS al establecimiento médico asistencial escogido por ellos, y que ampara a EL CONTRATANTE y/o LOS BENEFICIARIOS por lesiones, muerte o incapacidad permanente causadas por accidentes de tránsito. Esta póliza de seguro, a la fecha de suscripción de este Contrato, ha sido puesta a disposición de EL CONTRATANTE, quien declara expresamente conocerla y aceptarla para todos los fines legales y contractuales consiguientes. EL CONTRATANTE acepta que el monto individual de cobertura previsto en la póliza de seguro en referencia para el caso de siniestro, es la cantidad máxima de cualquier reclamo por daños y perjuicios, incluido lucro cesante, que EL CONTRATANTE y/o LOS BENEFICIARIOS pudiesen hacer a **MEC** por cualquier accidente o siniestro surgido durante el traslado.

**17.- VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN:** EL CONTRATANTE declara que todos los datos personales y antecedentes clínicos que tanto de él como LOS USUARIOS han suministrado a **MEC** en sus fichas de contratación, que forman parte de este Contrato, son totalmente verídicos. Si se comprobase que alguno no lo es, ello será causal para que **MEC** dé terminado por justa causa este Contrato, sin perjuicio de las acciones a que **MEC** tenga derecho por falsedad en la información suministrada por EL CONTRATANTE.

**18.- NOTIFICACIONES POR PARTE DE MEC:** Se entiende por válida cualquier notificación realizada por **MEC** vía carta o cualquier otro medio idóneo a EL CONTRATANTE en la dirección indicada en el anverso de este documento.

**19.- COMPROMISO ARBITRAL:** Cualquier controversia relacionada con o derivada de este Contrato y su ejecución, y que no pueda ser resuelta mediante mutuo acuerdo entre las partes, las mismas deciden someterlas a decisión de los Tribunales de Arbitraje de la Cámara de Comercio Ecuatoriano-Americana, a la ley de Arbitraje y Mediación, y a las siguientes normas: (a) los árbitros serán seleccionados conforme a lo establecido en la Ley de Arbitraje y Mediación; (b) los árbitros de dicho Centro efectuarán un arbitraje en Derecho y quedan facultados para dictar medidas cautelares solicitando el auxilio de funcionarios públicos judiciales, policiales y administrativos, sin que sea necesario recurrir a un juez ordinario para tales efectos; (c) el Tribunal de Arbitraje estará integrado por tres árbitros; (d) el Procedimiento Arbitral tendrá lugar en las instalaciones del Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio Ecuatoriano-Americana.

**20.- NULIDAD PARCIAL:** Si una o más de las disposiciones de este Contrato se llegase a declarar inválida, ilegal o inejecutable en cualquier jurisdicción o con respecto a cualquiera de las partes, dicha nulidad, ilegalidad o inejecutabilidad, no deberá ser refutada por las partes como que nula, o torna en ilegal o inejecutable al resto del Contrato que suscribe.

**21.- DECLARACIÓN ELEMENTAL:** Para todos los efectos legales y contractuales correspondientes, EL CONTRATANTE declara expresamente y con pleno valor legal vinculante, que ha obtenido expresa autorización de LOS BENEFICIARIOS para incluirlos como tales en el presente Contrato, y para beneficiar y obligar a ellos en los términos de este instrumento contractual. En estas circunstancias, toda y cualquier relación, efecto, consecuencia y demás acciones que pudiesen surgir producto de ello, comprometen y obligan exclusivamente a EL CONTRATANTE frente a LOS BENEFICIARIOS, mas no a **MEC**.

Las partes suscriben el presente Contrato a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, en dos ejemplares del mismo tenor y valor.