

**SEGURO DE VIDA Y ASISTENCIA
MÉDICA PUCE COLABORADORES**

01-enero-2022 a 31-diciembre-2022





¿Quiénes somos?

Somos Asesores Autónomos,
especializados en encontrar soluciones
que se ajusten a tu necesidad,
orientados por

la transparencia
que nos distingue.

¿Qué hacemos?

Guiados por nuestros valores, creencias y filosofía, **protegemos tanto el patrimonio de empresas como de personas, que busquen conseguir la mejor cobertura minimizando sus riesgos.** Nuestro acompañamiento y asesoría genera una

experiencia excepcional.

PLANES



01 Vida

02 Asistencia Médica

03 Oncológico

04 Dental

SINIESTRALIDAD

SINIESTRALIDAD ONCOLOGICO





Inspiramos **confianza en nuestros stakeholders** por el marco de trabajo que imprimimos en todas nuestras acciones, siempre a la **vanguardia.**

**CIDESCOL BUSINESS
INTELLIGENCE**



cidescol
Business Intelligence

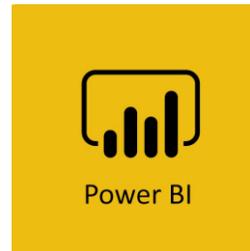
Cidescol Business Intelligence



Nuestra herramienta de control de siniestralidad



cidescol
Business Intelligence



Análisis general de siniestralidad

Análisis de indicadores

Análisis de diagnósticos más severos y más frecuentes

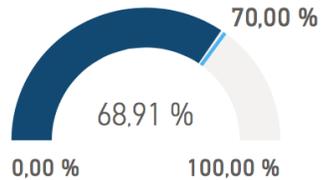
Análisis de beneficiarios con más atenciones y gastos

Comparativo histórico de tendencias de siniestralidad

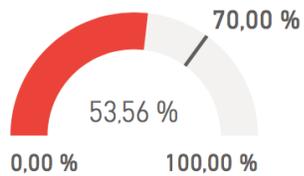
*Herramienta aplicada a planes de Palig

Ejemplo: Análisis y Diagnóstico de Siniestralidad de Asistencia Médica

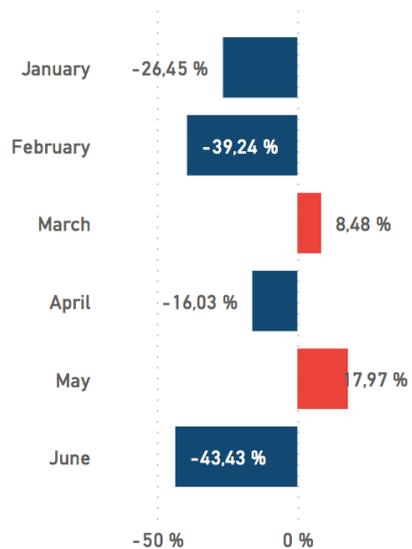
Siniestralidad con IBNR



Siniestralidad sin IBNR

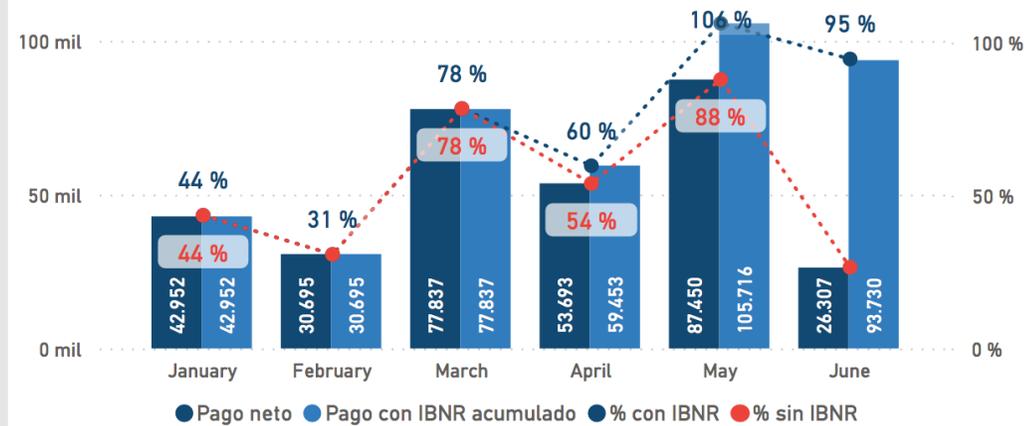


Variación Mensual Siniestralidad
(En Base al 70%)



595.511 Primas acumuladas	318.935 Siniestros Sin IBNR	410.382 Siniestros Con IBNR	1.296 Promedio beneficiarios
-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Pago vs primas



Severidades

4 Nuevas	4 Totales	244.157 Pago neto sin severida...	74.778 Pago Severidades
31,59 Reclamo prom. (frecuencia)			



Todas	2021
-------	------

Variación IBNR

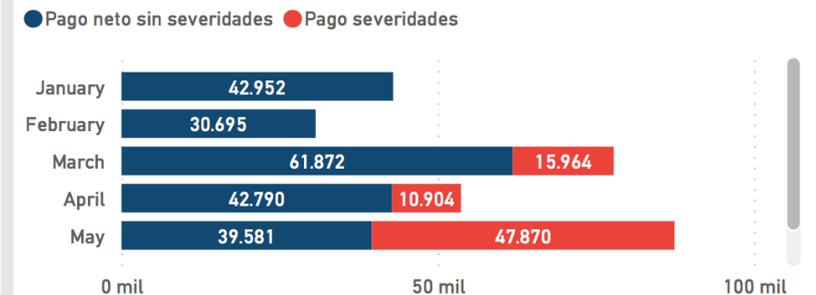
Siniestralidad Acumulada Mensual (Sin IBNR)



Beneficiarios por mes



Pago mensual



PLANES



01

Vida

02

Asistencia Médica

03

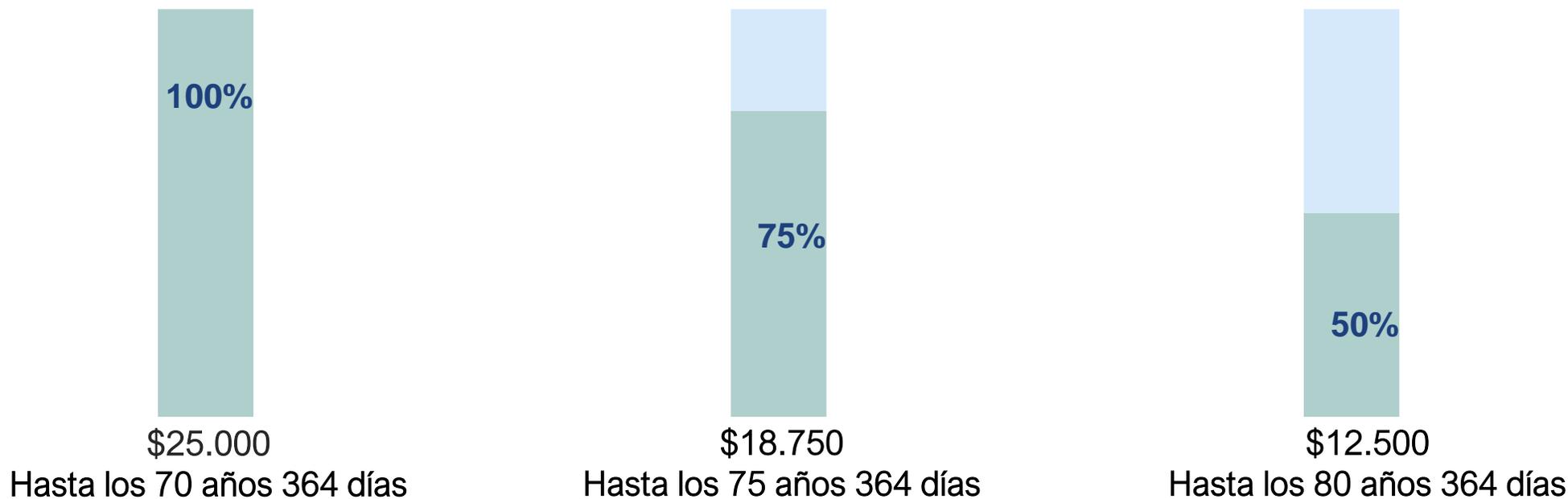
Oncológico

04

Dental

Cobertura de Vida

Disminución por Edad



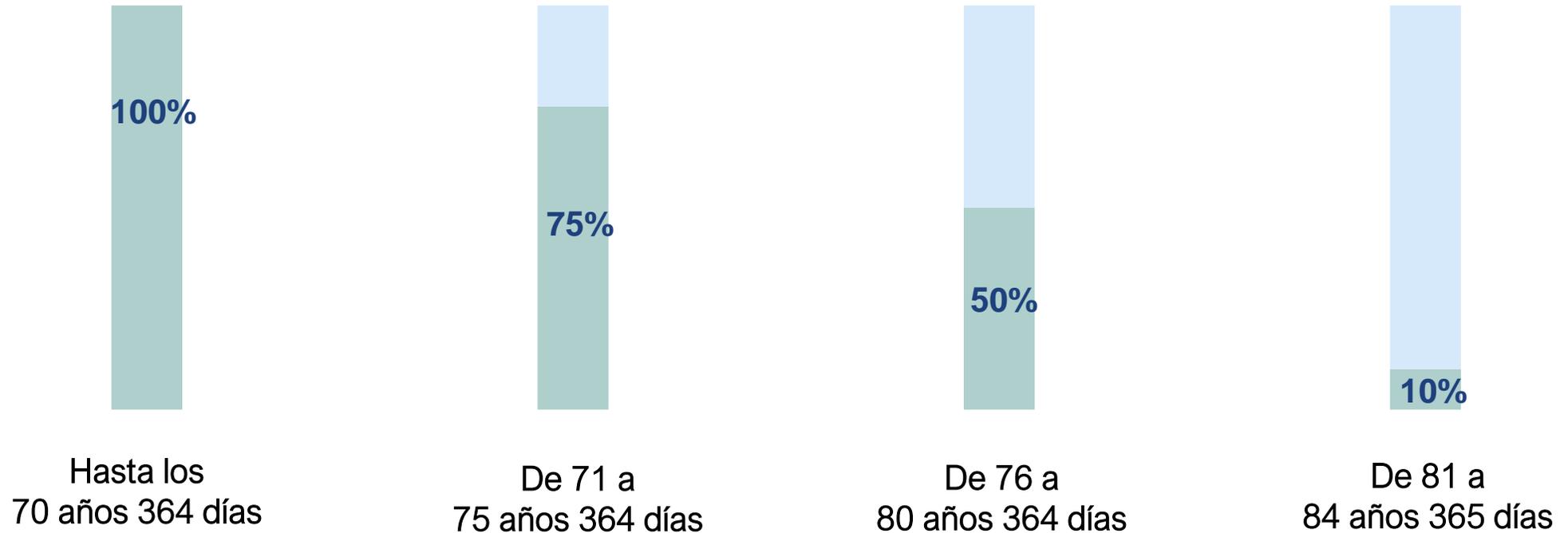
Asegurados (Clase 11) que tengan entre 81 años cumplidos y 84 años 364 días se otorga un monto de \$5.000 al

100%

TERMINACIÓN definitiva a los 85 años

Cobertura de Asistencia Médica

Disminución por Edad



COSTOS



Costo Mensual Vida

Cobertura \$25.000 –
Titular Solo \$7,80

Costo Mensual Asistencia Médica

Titular Solo \$106,36
Titular +1 \$191,24
Titular + Familia \$236,10

Costo Mensual Seguro Oncológico

Titular Solo \$21,99
Titular +1 \$43,99
Titular + Familia \$65,99

Deducible \$10.000
Cobertura 90/10

Costo Mensual Plan Dental

Titular Solo \$2,08
Titular +1 \$4,16
Titular + Familia \$6,24

SEGURO ONCOLÓGICO



CONDICIONES DE RENOVACIÓN



Incremento del 15%

**Mejora en
cobertura 90/10**

Titular Solo \$21,99

Titular +1 \$43,99

Titular + Familia \$65,99

Primas con impuestos

DENTAL



CONDICIONES DE RENOVACIÓN

Seguro Dental



Sin Incremento

Mismas condiciones

TS \$2,08

T+1 \$4,16

T+F \$6,24

Primas con impuestos

RESUMEN DE COSTOS



COSTOS TOTALES

TITULAR SOLO RENOVACIÓN				
PÓLIZA	ASEGURADORA	PUCE	COLABORADOR	TOTAL
ASISTENCIA MÉDICA	PALIG	\$ 79,25	\$ 27,11	\$ 106,36
VIDA	PALIG	\$ 5,92	\$ 1,88	\$ 7,80
ONCOLÓGICO	HUMANA	\$ 10,05	\$ 11,94	\$ 21,99
DENTAL	EQUIVIDA	\$ 2,08	\$ 0,00	\$ 2,08
TOTAL		\$ 97,30	\$ 40,93	\$ 138,23

TITULAR + UNO RENOVACIÓN				
PÓLIZA	ASEGURADORA	PUCE	COLABORADOR	TOTAL
ASISTENCIA MÉDICA	PALIG	\$ 79,25	\$ 111,99	\$ 191,24
VIDA	PALIG	\$ 5,92	\$ 1,88	\$ 7,80
ONCOLÓGICO	HUMANA	\$ 10,05	\$ 33,94	\$ 43,99
DENTAL	EQUIVIDA	\$ 2,08	\$ 2,08	\$ 4,16
TOTAL		\$ 97,30	\$ 149,89	\$ 247,19

TITULAR + FAMILIA RENOVACIÓN				
PÓLIZA	ASEGURADORA	PUCE	COLABORADOR	TOTAL
ASISTENCIA MÉDICA	PALIG	\$ 79,25	\$ 156,85	\$ 236,10
VIDA	PALIG	\$ 5,92	\$ 1,88	\$ 7,80
ONCOLÓGICO	HUMANA	\$ 10,05	\$ 55,94	\$ 65,99
DENTAL	EQUIVIDA	\$ 2,08	\$ 4,16	\$ 6,24
TOTAL		\$ 97,30	\$ 218,83	\$ 316,13

ASISTENCIA MÉDICA





Consultas médicas programadas

Exámenes de laboratorio

Ecografías, RX

Exámenes médicos especiales

Medicinas

Nota: Para Obtener cobertura directa se debe tomar en cuenta que el pedido médico tiene una validez de las solicitudes de 15 días.

CENTROS AMBULATORIOS RED SELECT Y ESSENTIAL

Dentro de Red
al **80%**

PUCESALUD
90%

**NO APLICA
DEDUCIBLE**



Para que nos otorguen cobertura directa en la compra de medicamentos es necesario que la receta médica tenga la siguiente información:

- ✓ Nombres y apellidos completos del paciente.
- ✓ Fecha de emisión de la receta.
- ✓ Diagnósticos completos (código CIE10 y/o nombre).
- ✓ Prescripción de cada medicamento con su dosis y el tiempo del tratamiento. El detalle de medicamentos con letra legible, presentación, posología y la cantidad requerida en números.
- ✓ El documento no debe tener tachones, adulteraciones, repisados, escritura mixta (con cambios de letra, escritura entre mano escrita y maquina, o cambios de esferográfico)
- ✓ Sello y firma del médico.
- ✓ La validez de las recetas es de 7 días calendario, contabilizado desde su fecha de emisión.
- ✓ Verificar que la receta esté vigente dentro de este tiempo y sea el documento original.



Cabe mencionar que estos prestadores aplican cobertura siempre y cuando tengamos derivación de un médico de la

RED

COBERTURA AMBULATORIA VÍA REEMBOLSO

70%

Al no utilizar la red de la aseguradora, es necesario tramitar los gastos vía reembolso.

Cabe mencionar que tenemos un período de presentación de gastos médicos de 90 días desde la fecha de emisión de los documentos.

Teniendo en cuenta que los gastos tendrán una evaluación y serán considerados de acuerdo al contrato.

Los primeros gastos cubiertos desde el inicio de la vigencia son aplicados al deducible anual (Valor que el afiliado debe asumir de acuerdo al contrato, mismo que es valido para la declaración de impuestos).

Los documentos necesarios para presentar las solicitudes de reembolso son:

- Formulario de Reembolso (Completamente Lleno)
- Facturas originales de gastos o facturas electrónicas RIDE.
- Recetas
- Pedidos médicos de exámenes
- Resultados de exámenes
- Historia clínica completa (AH)
- Hoja de emergencia (AH)

SEGURO CORPORATIVO DE ASISTENCIA MEDICA
FORMULARIO DE RECLAMACION

PARA EVITAR DEMORAS BRIGUESEAN EN EL PROCESO DE SU RECLAMO EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS.

SECCION A - Debe ser completada por el Empleado

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos médicos reembolsados por mí, por mi [] esposo (a) [] por mi hijo (a) []

6. En caso de enfermedad ¿Cuándo comenzó? DIA MES AÑO

7. Nombre y dirección del primer médico consultado:

8. Día de la fecha de la primera visita DIA MES AÑO

9. Dar nombre, dirección y teléfono de su médico actual y de todos los otros médicos que lo asistieron por esta enfermedad.

10. ¿Estuvo anteriormente hospitalizado por esta dolencia? SI [] NO [] En caso afirmativo indique: Nombre del Hospital Fecha de Admisión DIA MES AÑO

3. ¿Es la lesión o dolencia a causa de su trabajo? SI [] NO []

4. Indique índole de la dolencia

5. ¿Fue la lesión o dolencia causada por un accidente? SI [] NO [] En caso afirmativo indique: ¿Cuándo ocurrió? DIA MES AÑO A las ¿Dónde ocurrió? ¿Cómo ocurrió?

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verdaderas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atiendan, y a todos los Hospitales y otras instituciones que suministran a la Compañía de Seguros, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

Nombre del Empleado Fecha DIA MES AÑO Firma del Empleado

SECCION B - Debe ser completada por el Empleador

1. ¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad? SI [] NO [] ¿Qué cargo desempeñaba?

2. ¿La lesión o enfermedad del empleado del familiar dependiente por la cual se presenta esta reclamación, resultó en su ocupación remunerada con sueldo o ganancia o durante su empleo? SI [] NO []

3. ¿Recomienda que se pague este reclamo? SI [] NO []

OBSERVACIONES:

4. La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Enrolamiento

Nombre del Empleado (f'avor escribir a máquina) Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D&M

Nombre del Dependiente (si corresponde) Fecha efectiva de su cobertura en el Seguro D&M

IP del Grupo IP del Certificado Clase

Nombre del Tenedor de la Póliza, Empleador, etc. Fecha en que se completa esta sección D&M

Firma Autorizada Cargo

SELLO DE LA EMPRESA ASEGURADORA FORM 2048 REV 1/81

NOTA: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución M-91-1715 de Julio 8 de 1981

mayor información favor comunicarse con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A. Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: 1800 765 432 - Telefax: 1800 - 939 405 - e-mail: ecuador@panamericallife.com

Nota Importante: Cabe mencionar que se otorga cobertura para Diagnóstico Covid-19; siempre y cuando el paciente tenga el resultado Positivo de la Prueba PCR.

COBERTURA HOSPITALARIA

Cirugías programadas

Emergencias hospitalarias

Procedimientos en hospital del día

Recuerde que el valor a cancelar por deducible, copago y gastos no cubiertos serán enviados a través de la empresa dentro de 30 días desde la cirugía.

Requieren pre-autorización de la aseguradora

Aplica deducible y Copago

Para solicitar el crédito es necesario entregar los siguientes documentos 4 días antes de la cirugía;
Formulario de Crédito Hospitalario, Resultados de Exámenes que confirmen el diagnóstico e Historia Clínica.

SOLICITUD PREAUTORIZACION DE HOSPITALIZACION
 Esta autorización debe ser presentada con una solicitud de autorización a la cirugía programada y su hospitalización.

Fecha de Solicitud: _____ Fecha de Recepción: _____

Datos Generales del Asegurado (Sección para ser llenada por el Asegurado)

Empresa: _____ No. de Póliza: _____ Ciudad del Paciente: _____
 Nombre del Paciente: _____ Relación: Titular Copago Otro
 Número del Título: _____ No. de Certificado: _____
 ¿Es un que se atiende por primera vez la enfermedad? _____ Fecha en que se atiende por última vez la enfermedad: _____

Datos Generales de la Atención Médica (Sección para ser llenada por el Médico Tratante)

La hospitalización se debe a:
 Enfermedad Maternidad Cirugía con Hospitalización
 Accidente Emergencia Cirugía Ambulatoria (Hospital del Día) Otros

Diagnóstico Principal (CIE 10)

Trastorno médico-cirúrgico, procedimientos especiales no quirúrgicos Procedimiento quirúrgico
 Estado del procedimiento a realizar: _____
 Día de hospitalización (Inicio a Evaluación): _____ Fecha Programada para la hospitalización del Paciente: _____

Datos del presupuesto

Nombre Médico: Tratante _____ Especialidad: _____
 Número de Hospital/Clinica o Centro Médico: _____ Ciudad: _____
 Honorarios Cirujano especialista: _____ Código de CPT: _____
 Honorarios Anestesiólogo: _____ Código de CPT: _____
 Honorarios Médico Cirujano/a especialista: _____ Código de CPT: _____
 Fisiólogo: _____ Código de CPT: _____
 Otros médicos: _____
 Tipo de Anestesia: General Local Regional Otro
 Fecha de inicio de la patología: _____
 Costeo Hospital, por suministros o equipos especiales, prótesis, etc. que se deba conocer: _____
 Ciudad: _____
 Estado: _____

Fecha de Autorización: _____ Clase: _____
 Fecha Efectiva de la Póliza: _____
 Médico con convenio: Médico sin convenio

Datos adicionales de la póliza / asegurado

Primo Pagado básico: _____
 Coberturas Hospitalarias Pendientes desde: _____ Por un Total de: _____
 Observaciones: _____
 Maternidad con Cuadro hasta: _____ Parto normal: _____ Costeo: _____
 Nueva Inclusión: SI No

PREAUTORIZACION Nº	MONTO	CPD	%
Honorarios Cirujano	_____ Código (S)		
Honorarios Cirujano especialista	_____ Código (S)		
Honorarios Anestesiólogo	_____ Código (S)		
H. Méd. Cirujano/a especialista	_____ Código (S)		
Otros médicos: Fisiólogo	_____ Código (S)		

Cobertura de Recibo No: Desde 1^{er} día Desde 10^{er} día Monto Sp: US\$ _____ Sin cobertura
 Límite por mes/año y además diario: US\$ _____

PREAUTORIZACION APROBADA
PREAUTORIZACION CONDICIONADA
PREAUTORIZACION DENEGADA

Finca y Nombre del Responsable de Preautorización: _____

Red Select (grupo de cirugías) *80%
SOLO PARA QUITO

- **PAQUETES MSK:**
 (Urología, Ginecología, Otorrinolaringología, Oftalmología)
- **PAQUETES ARTHROS:**
 (Traumatología).
- **PAQUETES AXXIS:**
 (Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Ginecología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Traumatología, Urología, Maternidad).

Cobertura Hospitales dentro de la red en todo el país, al 80%:

- ✓ Centro Quirúrgico DAVINCI
- ✓ Centro Médico De Especialidades Chillogallo
- ✓ Clínica Cotocollao
- ✓ Clínica De Especialidades del Sur
- ✓ Clínica María Auxiliadora
- ✓ Clínica de Especialidades Tumbaco
- ✓ Clínica INFES C.A.
- ✓ Clínica Integral
- ✓ Fundación Tierra Nueva
- ✓ Hospital Vozandes
- ✓ Medicvalle
- ✓ Northhospital
- ✓ Nova Clínica Del Valle
- ✓ PRO FAMILIA
- ✓ QUIRURGIC
- ✓ USFQ
- ✓ Clínica Santa Lucía
- ✓ Hospital de los Valles
- ✓ Hospital Axxis
- ✓ Clínica de la Mujer
- ✓ Nova clínica Santa Cecilia
- ✓ Clínica San Rafael
- ✓ Hospital San Bartolo





**Para mayor información contáctate
con Cidescol
al 02 2991515- 16**

**Alexandra Sánchez 098 779 9834
asanchez@cidescol.com**

**Adriana Mata 098 716 1595
amata@cidescol.com**

PRODUCTOS COMPLEMENTARIOS

PRODUCTOS COMPLEMENTARIOS

Halo Cidescol



Fase de ingreso



096 971 8087



Recibe

30 llamadas simultáneas
por segundo



Responden

Hasta 15 operadores simultáneos

(En base a la demanda)

PRODUCTOS COMPLEMENTARIOS

Telemedicina



IVR
de atención:

"Bienvenido a su centro de atención PUCE CIDESCOL, seleccione:"





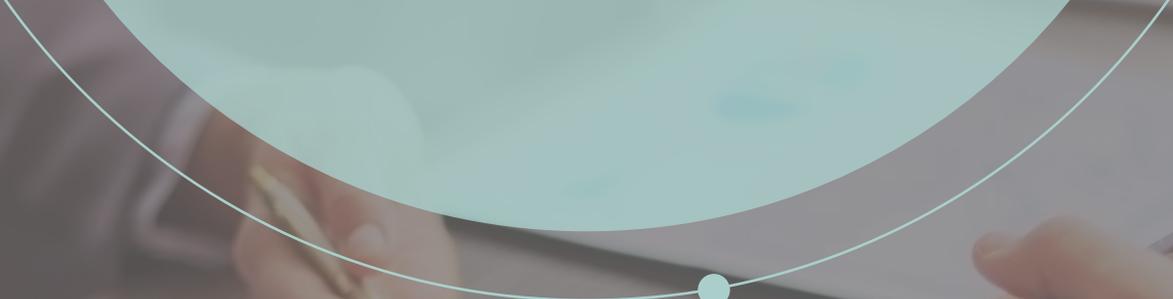

cidescol

Seguros a la medida



An AmWINS Group Company


75 |  **PUCE**
ANIVERSARIO



¡GRACIAS!

Tu confianza, nuestro objetivo, tu
tranquilidad, nuestro compromiso