

CONDICIONES GENERALES PARA LA PRESTACION DEL PROGRAMA "FAMILIA PROTEGIDA".

1. INTRODUCCIÓN

GEA brindará con el programa "FAMILIA PROTEGIDA", 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 **POLIZA** de seguro que ampare al **ASEGURADO**, a través de la contratación del programa de "FAMILIA PROTEGIDA", con las coberturas mencionadas en el presente documento.

ASEGURADO: Es la persona física que figura como titular que tenga una cuenta de ahorros / corriente con el **BANCO** y que a su vez se encuentra inscrita al programa "FAMILIA PROTEGIDA", 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.

CARENCIA: Es el periodo en el que el **AFILIADO** no puede acceder al servicio contemplados en el presente documento.

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

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.

IVA: Impuesto al Valor Agregado.

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 "FAMILIA PROTEGIDA", 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 "FAMILIA PROTEGIDA", 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.

3. FECHA DE INICIO

Fecha a partir de la cual los servicios de “**FAMILIA PROTEGIDA**” 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 “**FAMILIA PROTEGIDA**” está diseñado para el segmento de clientes segmento titulares de una cuenta de ahorros / corriente con el **BANCO**.

5. TERRITORIALIDAD

Todos los servicios que se detallan en el presente documento, se prestarán a nivel nacional en las ciudades capitales o principales de cada provincia 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.

6. 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.

6.1 ASISTENCIA LEGAL

En caso de que el **AFILIADO** lo requiera, **GEA** brindará al **AFILIADO**, 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 el presente documento

A) CONSULTA LEGAL TELEFÓNICA.

A solicitud del **AFILIADO**, **GEA** brindará los servicios de referencia y consultoría legal en materia legal telefónica temas a causa de desempleo del **AFILIADO** tales como:

- i) Trámites de Cesantías
- ii) Trámites en el **IESS**.
- iii) Temas relacionados: liquidaciones, contratos de trabajo, desahucios.
- iv) Trámites en la Inspectoría de Trabajo.

B) ORIENTACIÓN FAMILIAR PSICOLÓGICA EN CASO DE DESEMPLEO.

En caso de trastorno o depresión del **AFILIADO** a consecuencia de la pérdida de empleo o por **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**, y previa solicitud del **AFILIADO**, **GEA** proporcionará vía telefónica, la asistencia de un profesional en psicología las 24 horas del día, para que proporcione una orientación psicológica o para referir a un profesional en psicología.

C) REFERENCIA EN BOLSAS DE TRABAJO

En caso que el **AFILIADO** lo requiera, **GEA** proporcionara vía telefónica información de empleos o páginas de búsqueda de empleo de acuerdo al perfil indicado por el **AFILIADO**. **GEA** no será responsable de que el **AFILIADO** sea aceptado para laborar en las referencias que se le hayan indicado ni de la remuneración que allí perciba.

6.2 ASISTENCIA DESEMPLEO – PÓLIZA

Cuando el **AFILIADO** pierda su empleo debido a las condiciones establecidas en el presente documento, **GEA** gestionará el valor correspondiente a la protección de desempleo contratado en la **POLIZA**, de acuerdo a los montos establecidos en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente documento.

BENEFICIOS

Mientras la presente cláusula está vigente el **ASEGURADO** adquiere la condición de desemplease involuntario, causada de manera fortuita e independiente a su voluntad y después del período de carencia establecido en la **POLIZA**, la Compañía pagará al contratante una suma mensual acordada en las condiciones particulares de la **POLIZA** durante el tiempo estipulado en las mismas, como subsidio temporal de un préstamo monetario que se encuentre en mora de pago por parte del **ASEGURADO**.

La indemnización efectuada bajo este amparo no es acumulable al seguro de accidentes personales respectivo.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

Aquella desocupación involuntaria de **ASEGURADO** por un período consecutivo igual a aquel establecido entre el Contratante y la Compañía, causada de manera fortuita e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, es decir, resultante de cualquiera de las siguientes situaciones:

- i) Despido masivo efectuado por el Empleador donde labora el **ASEGURADO**, siempre que no exceda el 10% de su planta de personal el mismo mes.
- ii) Suspensión permanente del empleo del **ASEGURADO** determinado por su Empleador Actual.
- iii) Terminación unilateral, por parte del Empleador, del contrato de trabajo con el **ASEGURADO**, sin justa causa.

INCAPACIDAD TEMPORAL:

Aquella incapacidad sufrida por el Asegurado, debido a un accidente cubierto por el presente seguro, que le impida de manera temporal desarrollar un trabajo remunerado, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo consecutivo igual al establecido entre el contratante y al Compañía de Acuerdo a las condiciones particulares de la **POLIZA**.

MUERTE ACCIDENTAL:

Ampara el fallecimiento a consecuencia de accidentes, veinticuatro (24) horas al día, trescientos sesenta y cinco (365) días del año, en cualquier lugar del mundo.

ACCIDENTE:

La lesión corporal sobrevenida al asegurado independientemente de su voluntad y debido a causa fortuita, momentánea, externa y violenta, que ocurra durante el período de vigencia de esta **POLIZA**.

CALIFICACIÓN PARA EL SEGURO:

Califican para el seguro las personas que hayan trabajado por más de un (1) año bajo relación de dependencia en la misma empresa, es decir, que sean empleados formales y de contrato de trabajo a plazo indefinido, sea una institución pública o privada y que el momento del siniestro se encuentren al día en sus pagos.

LÍMITES DE EDAD:

Edad Mínima de ingreso :	18 años
Edad Máxima de Ingreso:	64 años
Edad Máxima de Permanencia:	70 años

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA HACER UNA RECLAMACIÓN:

DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

- a) Notificación de desempleo firmada por el asegurado

- b) Copia del carné de afiliación al IESS, en el que conste la salida del trabajo
- c) Copia del acta de finiquito
- d) Certificación del empleador donde conste el nombre, último cargo desempeñado y tiempo laborado del Asegurado.
- e) Cualquier otro documento que la compañía estime necesario.

INCAPACIDAD TEMPORAL:

Para que la compañía proceda al pago de la indemnización acordada por la presente cláusula, el Contratante y/o Asegurado, y/o Beneficiario deberán acreditar la ocurrencia del siniestro amparado, mediante la certificación otorgada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que acredite el periodo y la causa por la cual el Asegurado queda temporalmente incapacitado, y que tal incapacidad le impide continuar laborando. La Compañía se reserva la facultad comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

MUERTE ACCIDENTAL:

- a) Formulario de reclamación
- b) Partida de nacimiento o copia de cédula de identidad del Asegurado fallecido
- c) Partida de defunción
- d) Certificado de autopsia
- e) Parte policial o acta de levantamiento del cadáver
- f) Certificado de Inhumación y sepultura
- g) Informe y certificado del o los médicos tratantes
- h) Posesión efectiva del legítimo en los casos donde no exista declaración de beneficiarios
- i) Partidas de nacimiento o copias de cédulas de identidad de los beneficiarios

AVISO DE SINIESTRO:

La notificación escrita de un evento sobre el cual pueda establecerse una reclamación deberá ser entregada a la Compañía dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia o comienzo de cualquier pérdida cubierta por la **POLIZA**.

PERIODO DE CARENCIA:

Desempleo Involuntario: 120 días

Incapacidad parcial y temporal: 120 días

CANCELACIÓN INDIVIDUAL DE SEGURO:

Durante la vigencia de la presente **POLIZA**, el Asegurado podrá solicitar la exclusión del plan dando aviso por escrito a la Compañía treinta (30) días antes de la siguiente facturación.

COBERTURAS Y MONTOS ASEGURADOS:

Coberturas	
Muerte Accidental	USD 1.000
Desempleo Involuntario y/o Incapacidad Temporal por USD 500 mensuales hasta 3 meses	USD 500 MENSUALES X 3 MESES

EXCLUSIONES DESEMPLEO INVOLUNTARIO

El presente seguro no ampara el desempleo involuntario por los siguientes eventos:

- a) Desempleo que ocurra dentro de los cuatro (4) primeros meses de la fecha de inicio de la cobertura (período de carencia).
- b) Desempleo por renuncia, o pérdida voluntaria de trabajo.
- c) Desempleo a causa de obtener una pensión de jubilación.
- d) Despido por visto bueno.
- e) Despido intempestivo por las causales estipuladas en la Normativa Laboral Ecuatoriana.
- f) Por pérdida de salario provocada por incapacidad causada por accidentes, enfermedad o embarazo.
- g) Desempleo por enlistamiento en las fuerzas armadas.
- h) Desempleo como consecuencia de cualquier acto de guerra declarada o no, insubordinación, motín o levantamiento popular, insurrección, rebelión, terrorismo, poder militar o usurpación del poder.
- i) Desempleo por ley marcial o estado de sitio, o cualquiera de los eventos o causas que determinan la proclamación o el mantenimiento de ley marcial o estado de sitio.
- j) Pérdida de empleo por campañas de despidos en masa. A los fines de esta garantía, se considera despido en masa cuando la empresa despide a más del 10% (diez por ciento) de su personal en el mismo mes.
- k) Despido por parte del Empleador con justa causa, originada en mala conducta (violación de los reglamentos establecidos del Empleador; actos prohibidos; negligencia en las tareas laborales o conducta criminal).
- l) Terminación del contrato individual de trabajo según lo estipulado en los numerales 1,2,3,5,7,8 y 9 del artículo 169 del Código de Trabajo, que dictan así:

Art 169 .- El contrato individual de trabajo termina:

- 1. Por las causas legalmente previstas en el contrato;
- 2. Por acuerdo entre las partes;
- 3. Por la conclusión de la obra, período de labor o servicios objeto del contrato;
- 4. Por muerte del empleador o incapacidad permanente y total del trabajo;
- 5. Por voluntad del empleador en los casos del **artículo 172**

Art. 172 .- Causas por las que el empleador puede dar por terminado el contrato.- El empleador podrá dar por terminado el contrato de trabajo, previo visto bueno, en los siguientes casos:

- 1. Por faltas repetidas e injustificadas de puntualidad o de asistencia al trabajo o por abandono de éste por un tiempo mayor a tres días consecutivos, sin causa justa y siempre que dichas causales se hayan producido dentro de un período mensual de labor.
- 2. Por indisciplina o desobediencia graves a los reglamentos internos legalmente aprobados.
- 3. Por la falta de probidad o por conducta inmoral del trabajador.
- 4. Por injurias graves irrogadas al empleador, su conyugue, ascendientes o descendientes, o su representante.
- 5. Por ineptitud manifiesta del trabajador, respecto de la ocupación o labor para la cual se comprometió.
- 6. Por denuncia injustificada contra el empleador respecto de sus obligaciones en el Seguro Social. Mas, si fuere justificada la denuncia, quedará asegurada la estabilidad del trabajador por dos años en trabajos permanentes; y,
- 7. Por no acatar las medidas de seguridad, prevención e higiene exigidas por la ley, por sus reglamentos o por la autoridad competente o por contrariar sin debida justificación, las prescripciones y dictámenes médicos.
- 8. Por voluntad del trabajador según el **artículo 173**:

Art.173 .- Causas para que el trabajador pueda dar por terminado el contrato .- El trabajador podrá dar por terminado el contrato de trabajo, y previo visto bueno, en las causas siguientes:

- 1. Por injurias graves inferidas por el empleador, sus familiares o representantes al trabajador, su conyugue, ascendientes o descendientes;
- 2. Por disminución o por falta de pago o de puntualidad en el abono de la remuneración pactada, y;

3. Por exigir el empleador que el trabajador ejecute una labor distinta de la convenida, salvo en los casos de urgencia previstos en el artículo 52, referente al trabajo polifuncional, pero siempre dentro de lo convenido en el contrato o convenio.
4. Por desahucio.
 - a. Terminación del plazo del contrato en los empleos que no son de tiempo completo, empleos temporales o empleos que tienen contratos a término fijo.
 - b. Desempleo como consecuencia de cargo público de libre nombramiento o remoción.
 - c. Cierre definitivo de la Empresa donde labora el **ASEGURADO**.

EXCLUSIONES POR INCAPACIDAD TEMPORAL

El presente seguro no ampara la incapacidad temporal determinada por los siguientes eventos:

- a. Cualquier acto de guerra, declarada o sin declarar, sedición, rebelión o asonada.
- b. Servicio Militar en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad internacional.
- c. Viajes como piloto o tripulante de naves aéreas, incluyendo helicópteros.
- d. Lesiones auto-inflingidas intencionalmente, bien sea en uso de sus facultades mentales o en estado de locura.
- e. Práctica, entrenamiento o participación en competencias o deportes como buceo, escalamiento de montañas, espeleología, paracaidismo, planeadores, automovilismo, motociclismo, deportes de invierno o deportes profesionales.
- f. Residencia permanente en el exterior.
- g. Incapacidad producida dentro de los cuatro (4) meses contados a partir de la fecha de vigencia de este seguro.

EXCLUSIONES MUERTE ACCIDENTAL

Esta **POLIZA** no ampara lesiones corporales, a consecuencia de o causados por, o resultante de:

- a. Enfermedad y dolencia sean corporales o mentales.
- b. Influencia de estupefacientes, accidentes a consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas siempre y cuando se infrinjan las leyes o reglamentos públicos estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- c. Heridas auto-inflingidas intencionalmente, suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- d. Guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra (ya sea declarada o no), motín, sublevación, conmoción civil, huelga, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, golpe militar, ley marcial o estado de sitio.
- e. Servicio militar del Asegurado en las fuerzas armadas de cualquier país o cuerpo internacional, ya sea en tiempo de guerra o de paz. En este caso, la Compañía al ser notificada por el asegurado, devolverá la prima correspondiente al periodo que falte hasta el vencimiento de la **POLIZA**.
- f. Hechos producidos mientras el Asegurado comete actos delictivos, infracciones a las leyes, ordenanzas o reglamentos públicos o resistencia a arresto policíaco.
- g. Accidentes en aeronaves no comerciales autorizados para el tráfico regular de pasajeros.
- h. Participación en competencias oficiales de carreras sobre ruedas, a caballo o en botes.
- i. Anomalías congénitas y condiciones resultantes de las mismas.

7. CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES

SERVICIO DE ASISTENCIA	LÍMITES DE COBERTURAS POR AÑO			Observaciones
	COBERTURA	EVENTOS	COPAGO	
ASISTENCIA LEGAL				
Consultoría legal telefónica en temas: * Trámites de cesantía * Trámites del IESS * Liquidaciones, contratos, desahucios * Trámites en inséctoría de trabajo	100%	Sin Límite	-	Servicio aplica solo a titular
Orientación familiar psicológica en caso de desempleo	100%	Sin Límite	-	

Referencia de bolsas de trabajo	-	Sin Límite	-	
Protección en desempleo: * Apoyo para pagos de servicios básicos: agua, luz, teléfono * Apoyo en pago de colegiatura	LUC \$ 1500, \$500 POR MES	1 EVENTO AL AÑO EN QUE SE CUBRE HASTA 3 MESES	-	Servicio aplica solo a titular

8. 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. 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** en el procedimiento.
- j. Cuando la persona no se identifique como **AFILIADO** del programa de asistencia.
- k. Cuando el **AFILIADO** incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- m. Cuando el **AFILIADO** 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** pueda 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** 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**.

9. 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** 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 el **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.

10. 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.

11. 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 que haya dado lugar a la prestación de los servicios contemplados en el presente documento

12. 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**.

13. 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**, 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 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**.

14. INCREMENTO DE PRECIO.

Previo acuerdo de las partes el valor descrito en el presente documento podrá ser revisado anualmente contando a partir de la fecha de este documento, el mismo que variarán de acuerdo al índice de inflación publicado por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) o cualquier otra institución pública a la que se le asigne la responsabilidad de publicar los índices oficiales de inflación u otros indicadores equivalentes. Adicionalmente, las partes acuerdan que el programa de servicios puede sufrir cambios únicamente por mejoras en dicho programa, en este caso **GEA** deberá notificar 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

15. OTROS

Los servicios a que se refiere el presente documento, configuran la única obligación a cargo de **GEA** y/o su **RED DE**

PRESTADORES y en ningún caso reembolsara al afiliado las sumas que este hubiera erogado.