



INSTRUCTIVO





INTRODUCCIÓN

Nuestra nueva plataforma digital Asisccloud, te permitirá realizar cotizaciones para la posterior emisión de contratos de medicina prepagada de manera rápida y ágil, automatizando el proceso de la emisión tradicional.





PLANES

Planes individuales

Gastos Médicos Mayores

Asisdent

Asispool

ELEGIBILIDAD

Clientes con cédula ecuatoriana (contratante, titular y dependientes)

Clientes con pasaporte (contratante, titular y dependientes)

Clientes con RUC (contratante y titular)

FACTURACIÓN

Factura del contrato a nombre del afiliado mayor a 18 años, ya sea titular/contratante/dependiente, con su cédula o RUC de persona natural.

Factura del contrato a nombre de una persona jurídica con RUC, cédula y nombramiento del Representante Legal

FORMAS DE PAGO

Tarjeta de crédito

Débito bancario

Depósito/transferencia



ACCESO AL PORTAL ASISCLOUD:

1. Ingrese a nuestro sitio web www.asisken.com.
2. En la opción "inicia sesión", haz clic en "soy agente".



3. Ingrese el correo electrónico y la clave registrada al momento de la activación del usuario de agente.

<https://frontend.asiskenpro.com/app/login>

Correo

Contraseña

Iniciar Sesión

[Olvidé mi contraseña](#)

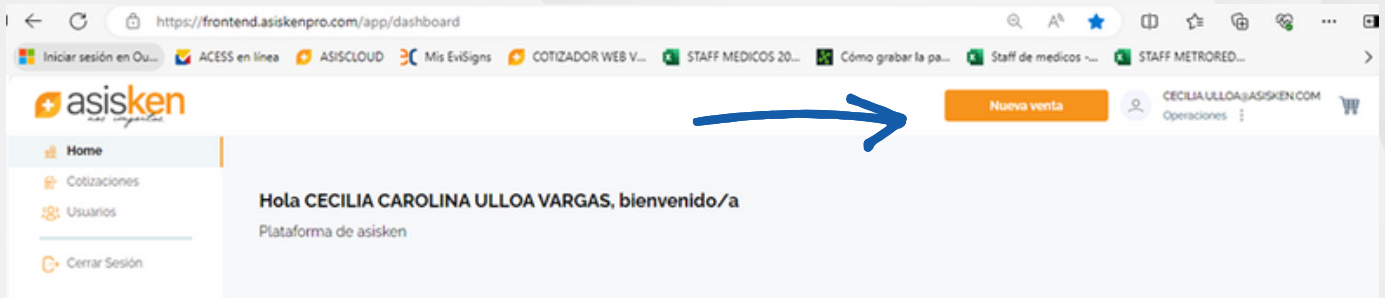
! Nota

El usuario de agente se debe crear desde el usuario supervisor de cada agencia. Para más información de dicho usuario, consulte con el Coordinador comercial asignado.

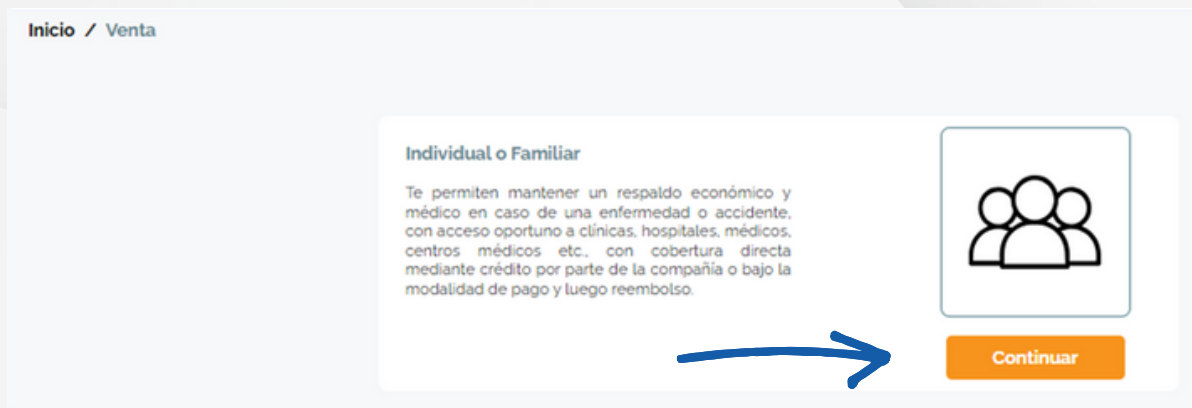


COTIZACIÓN:

1. Para realizar una cotización, clic en “Nueva venta”



2. Continúe en la sección “Individual o Familiar”.



3. Ingrese los datos de la persona a quien está cotizando y clic en “Agregar persona” (todos los campos son obligatorios).

¿A quién estás cotizando?

Datos de cliente

Nombres*

Apellidos*

Teléfono*

Correo*

Ciudad*

+ Agregar persona



4. Se habilitará la sección de “Datos del asegurado” donde se debe detallar los datos de la persona que va a cotizar: parentesco, edad y sexo. Adicional seleccionar si aplica o no cobertura de maternidad y clic en “guardar”.

Datos asegurado

Titular

x

▼

ⓘ

Edad

30

Femenino

x

▼

¿Desea incluir cobertura de maternidad?

☒ Si ☐ No

Guardar asegurado

Asegurados

#	Edad	Sexo	Maternidad	Parentesco	
1	30	Femenino	Si	Titular	

Regresar

Guardar

Nota

En la opción “Otros” puede cotizar personas que tengan hasta un 4to grado de consanguinidad y 2do de afinidad. En caso de un hijo/a mayor a 25 años, deberá cotizarlo como “Otros”.

En el caso de niños solos, se deben cotizar como hijo/a con su respectiva edad.



PLANES INDIVIDUALES

1. Descargue el PDF para obtener la cotización

Plan médico	Asispro 20	Asispro 30	Asispro 50	Curae Plenus	Curae Summa Soft Deducible \$250
	Por mes	Por mes	Por mes	Por mes	Por mes
	\$ 77,83	\$ 93,11	\$ 115,15	\$ 128,04	\$ 108,61
	Red estándar	Red estándar	Red preferida	Red total	Red estándar
	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar
Ámbito geográfico	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
Monto máximo de cobertura	\$ 20.000,00	\$ 30.000,00	\$ 50.000,00	\$ 70.000,00	\$ 100.000,00
Límite de copago hospitalario por incapacidad	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 7.500,00	\$ 7.500,00	\$ 7.500,00
Tope de consulta ambulatoria	\$ 40	\$ 45	\$ 50	\$ 60	\$ 60
Cobertura hospitalaria en red especial	Red Estándar 90%	Red Estándar 100%	Red Estándar y Red Preferida 100%	Red Estándar, Red Preferida y Red Total 90%	Red Estándar 100%
Cobertura hospitalaria en otras redes y libre elección	Red Preferida 80%, Red Total, Red Élite y Libre Elección 70%	Red Preferida 90%, Red Total 80%, Red Élite 70%, Libre Elección 80%	Red Total, Red Élite y Libre Elección 80%	Red Élite y Libre Elección 70%	Red Preferida y Red Total 90%, Red Élite y Libre Elección 70%
Deducible	\$ 90,00	\$ 90,00	\$ 100,00	\$ 120,00	\$ 250,00
	Descargar PDF	Descargar PDF	Descargar PDF	Descargar PDF	Descargar PDF

! Nota

Valor reflejado en esta pantalla no incluye impuestos, ya que en el PDF se encuentran incluidos.



COMPARATIVO DE PLANES:

1. Seleccione mínimo 3 planes para que se genere el comparativo en PDF.

Plan médico			
 Comparar  Ambito geográfico Monto máximo de cobertura Límite de copago hospitalario por incapacidad Tope de consulta ambulatoria	Asispro 20	Asispro 30	Asispro 50
	Por mes	Por mes	Por mes
	\$ 77,83	\$ 93,11	\$ 115,15
	Red estándar	Red estándar	Red preferida
	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar
	Nacional	Nacional	Nacional
	\$ 20.000,00	\$ 30.000,00	\$ 50.000,00
	\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 7.500,00
	\$ 40	\$ 45	\$ 50

Nota

Los planes Asiskare 500 y Asident refleja por default seleccionados, en caso de no requerir estos planes, puedes deseleccionar los mismos.

Gastos médicos mayores	
 Ambito geográfico Monto máximo de cobertura	Asiskare 500 Deducible \$2.500
	Por mes
	\$ 20,16
	Red total
	Seleccionar
	Nacional e Internacional (Colombia)
	\$ 500.000,00

ASIDENT		
 Comparar Ambito geográfico Asistencia peridonia	ASIDENT SILVER	ASIDENT GOLD
	Por mes	Por mes
	\$ 14,11	\$ 23,53
	Red odontológica	Red odontológica
	Seleccionar	Seleccionar
	Nacional	Nacional
	SI	SI



EMISIÓN EN LÍNEA:

1. Para continuar con la emisión del contrato, seleccione el/los planes que desee emitir y seleccione "guardar".

Asispro 20	Asispro 30	Asispro 50	Curae Plenus	Curae Summa Soft Deducible \$250	Curae Summa Total Deducible \$120
Por mes \$ 77,83	Por mes \$ 93,11	Por mes \$ 115,15	Por mes \$ 128,04	Por mes \$ 108,61	Por mes \$ 164,72
Red estándar	Red estándar	Red preferida	Red total	Red estándar	Red total
Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar
Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional	Nacional
\$ 20.000,00	\$ 30.000,00	\$ 50.000,00	\$ 70.000,00	\$ 100.000,00	\$ 100.000,00
\$ 5.000,00	\$ 5.000,00	\$ 7.500,00	\$ 7.500,00	\$ 7.500,00	\$ 7.500,00
\$ 40	\$ 45	\$ 50	\$ 60	\$ 60	\$ 60
Red Estándar: 90%	Red Estándar: 100%	Red Estándar y Red Preferida: 100%	Red Estándar, Red Preferida y Red Total: 90%	Red Estándar: 100%	Red Estándar, Red Preferida y Red Total: 100%
Red Preferida: 80% Red Total, Red Élite y Libre Elección: 70%	Red Preferida: 90%, Red Total: 80%, Red Élite: 70% Libre Elección: 80%	Red Total, Red Élite y Libre Elección: 80%	Red Élite y Libre Elección: 70%	Red Preferida y Red Total: 90% Red Élite y Libre Elección: 70%	Red Élite y Libre Elección: 80%
\$ 90,00	\$ 90,00	\$ 100,00	\$ 120,00	\$ 250,00	\$ 120,00
Descargar PDF	Descargar PDF	Descargar PDF	Descargar PDF	Descargar PDF	Descargar PDF

2. A continuación, se reflejará un resumen de los planes seleccionados, con el valor a cancelar incluido el seguro social campesino (SSC). Si está de acuerdo, clic en "Continuar".

Cotización #000002495

Nombres y apellidos: CECILIA ULLOA

Correo: cecilia.ulloa@asisken.com

Teléfono: 0992265015

Producto	Valor	
Asiskare 500 Deducible \$20.000 Número de asegurados 1	\$ 12,97	
ASIDENT SILVER Número de asegurados 1	\$ 14,11	
Subtotal	\$ 27,08	
Impuestos	\$ 0,14 ^	
Seguro social campesino (SSC)	\$ 0,14	
Total	\$ 27,22	



INGRESO DE INFORMACIÓN Y CARGA DE DOCUMENTOS

A continuación, ingrese los datos del contratante y titular (todos los campos son obligatorios). Cuando haya llenado todos los campos, dar clic en “Continuar”.

Ingrese los siguientes datos

Info básica

Reembolso

Dependientes

Historial médico

Documentos

Contratante

Tipo de Identificación*

Número de identificación*

Primer Nombre*

Segundo Nombre*

Primer Apellido*

Segundo Apellido*

Dirección*

Teléfono*

Correo*

Correo Electrónico Facturación*

Fecha de Nacimiento* (AAAA/MM/DD)

Si el titular y el contratante son la misma persona, haz clic en la opción.

☒ ¿El titular y el contratante son la misma persona?

Datos titular

Tipo de Identificación*

Número de identificación*

Primer Nombre*

Segundo Nombre*

Primer Apellido*

Segundo Apellido*

Teléfono*

Correo*

Fecha de Nacimiento* (AAAA/MM/DD)

Estatura en metros*

Peso en KG*

Femenino

Dirección*



Nota

La estatura es en metros y el peso en kg.

DATOS PARA EL PAGO DE REEMBOLSOS

Ingrese la información bancaria del **titular** para el pago de reembolsos y haz clic en "Guardar".

Info básica

Reembolso

Dependientes

Historial médico

Documentos

Datos para reembolso de gastos médicos

Información bancaria de titular para reembolso
Los valores de su liquidación serán acreditados únicamente a la cuenta del titular del contrato. Autorizo pagar los reembolsos de mis gastos médicos presentados a la siguiente cuenta.

Número de identificación del Titular*

0928XXXXXX

Banco*

Tipo de Cuenta*

Número de Cuenta*

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES

En la pestaña *Dependientes*, clic en el lapicero para ingresar la información requerida de todos los dependientes y luego clic en "Siguiente".

Info básica

Reembolso

Dependientes

Historial médico

Documentos

Información

Por favor complete la siguiente información de los dependientes del contrato pulsando en el icono

#	Edad	Sexo	Nombres	Apellidos	Parentesco	
1	30	Femenino	CECILIA CAROLINA	ULLOA VARGAS	Titular	
2	66	Femenino			Otros	
3	70	Masculino			Otros	



HISTORIAL MÉDICO:

En esta sección, deberá declarar los diagnósticos correspondientes a preexistencias.

Info básica

Reembolso

Dependientes

Historial médico

Documentos

HISTORIAL MÉDICO DEL SOLICITANTE TITULAR Y/O SUS DEPENDIENTES

Recuerde
Conozco y acepto que: Las enfermedades y/o condiciones médicas preexistentes debidamente declaradas, recibirán cobertura de acuerdo a la "Ley Orgánica que regula a las compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica", vigente. La no declaración de enfermedades y/o condiciones médicas preexistentes, llevará a la cancelación del contrato, de acuerdo al Registro Oficial #863, artículo 38, numeral 3.

Asegurado 1
Nombres y apellidos: CECILIA CAROLINA ULLOA VARGAS
Género: Femenino
Edad: 30
Parentesco: Titular

Detalle los diagnósticos, síntomas, antecedentes patológicos personales, antecedentes quirúrgicos (cirugías), hospitalizaciones (motivo, tiempo, fecha y diagnóstico), tratamientos médicos de larga evolución que han presentado y su fecha de inicio. En caso de actualización de la declaración de salud, detallar: enfermedades y/o patologías, fecha inicio-fecha fin en orden cronológico y estado en el que se encuentre como preexistencia declarada y/o sobreviniente de cada una de ellas:

	SI	NO
A. Sistema Respiratorio	☐	☒
B. Sistema Locomotor muscular-óseo-articular	☐	☒
C. Sistema digestivo	☐	☒
D. Sistema excretor	☐	☒
E. Sistema circulatorio	☐	☒
F. Sistema endocrino	☐	☒



En caso de que la respuesta sea **SI**, deberá especificar el diagnóstico, tratamiento, fecha de inicio de síntomas y fecha de fin (si lo amerita).

C. Sistema digestivo

Gastritis, Reflujo Gastroesofágico, Síndrome del colon irritable, Diverticulitis, Cirrosis hepática o diagnósticos relacionados al sistema digestivo.

Por favor llene el siguiente formulario

CECILIA CAROLINA ULLOA VARGAS

GASTRITIS

- K292-GASTRITIS ALCOHOLICA
- K293-GASTRITIS CRONICA SUPERFICIAL
- K294-GASTRITIS CRONICA ATROFICA
- K295-GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA
- K296-OTRAS GASTRITIS**
- K297-GASTRITIS, NO ESPECIFICADA

 Nota

En caso de tener más de 1 diagnóstico de un mismo sistema de enfermedades, se deberá reportar dichos diagnósticos por correo electrónico al Coordinador Comercial asignado.



TÉRMINOS Y CONDICIONES:

Lea detenidamente y acepte los términos y condiciones

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL AGENTE EN REPRESENTACIÓN DEL CLIENTE

Con este documento el titular certifica que ha llenado conscientemente la declaración de salud, y que toda la información escrita es veraz, y que quienes van a ser protegidos por el servicio que se solicita no tienen antecedentes ni problemas de salud, más allá de lo informado.

El titular se compromete a notificar a la Compañía si se presenta algún cambio de estado de salud de alguno de los beneficiarios incluidos en esta solicitud, durante su proceso de evaluación.

El titular acepta que la aprobación del contrato por parte de la Compañía se basa en la exactitud de las respuestas a la información que ésta contiene.

El titular acepta que cualquier información solicitada que no haya sido revelada o sea inexacta, le da derecho a la Compañía a modificar la cobertura o incluso de anular o cancelar la cobertura para uno o para todos los beneficiarios.

El titular autoriza a la Compañía a solicitar cualquier Clínica, Hospital, Centro Médico, Médico Tratante o aseguradora la información que considere necesaria sobre nuestro estado de salud en cualquier momento.

PRIVACIDAD SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El titular ha proporcionado sus datos personales y el de sus dependientes de manera veraz y a su vez autoriza que sus datos y sus dependientes, incluidos menores de edad y afiliados con discapacidad sean utilizados para el proceso respectivo de suscripción y posterior prestar el servicio de asistencia médica y cubrir las prestaciones a las que tiene derecho como parte de su contrato con nosotros.



☐ Acepto los términos y condiciones

DOCUMENTOS

Cargue la documentación por asegurado como cédula de titular, cédula de dependientes y contratante, certificado de cobertura, carné de discapacidad, etc., según corresponda. Considere adjuntar la documentación de las cédulas de todos los beneficiarios en un solo PDF.



Asegurado 1

Nombres: CECILIA CAROLINA ULLOA VARGAS

Género: Femenino

Edad: 30

Parentesco: Titular



Subir Cédula



Subir Certificado para eliminar carencias



Subir carnet y certificado de discapacidad, otros



Documentos importantes

ADICIONALES	
Carné de discapacidad	El carné de discapacidad, informe médico ya sea por Ministerio de Salud Pública o médico particular
Eliminación de carencia	Certificado del seguro anterior detallando los nombres completos de cada titular y dependientes.
Extranjero	Pasaporte, Estado Migratorio
Niños menores de 1 año	Partida de nacimiento o cédula + Certificado del médico con peso, talla y estado de salud.
Niños menores de 1 mes	Partida de nacimiento o cédula + Certificado nacido vivo INEC + certificado del médico con peso, talla y estado de salud.
Contratante persona jurídica	RUC, Copia de cédula del Representante Legal, Nombramiento de la compañía
Contratante persona natural	Copia de cédula o RUC (legible)

INFORMACIÓN PARA EL PAGO:

- Seleccione la vigencia del contrato (10, 20 o 30 del mes).
- Seleccione la frecuencia de pago de cuotas (mensual, trimestral, semestral o anual).
- Seleccione el método de pago de la cuota 1: tarjeta de crédito/débito, transferencia/depósito o débito bancario.

Información de pago

2024/04/30 x v Mensual x v

Método de Pago*

- Tarjeta de crédito / Débito
- Transferencia / Depósito
- Débito bancario

Continuar

En caso de seleccionar el método tarjeta de crédito/débito, se habilita el botón de pago para registrar los datos de la tarjeta. También es posible enviar un link de pago al correo que se registre del cliente, para que él mismo ingrese los datos.

1 Beneficiarios 2 Planes 3 Resumen 4 Confirmación 5 Pago 6 Firma

Botón de pago

nuvei

Enlace de Pago

Correo: cecilia.ulloa@asisken.com Enviar Enlace



Nota

- No ingresar por la plataforma, negocios con promociones mensuales y negocios con pago anual que aplique diferido.
- No aplican pagos con tarjeta Diners y sus derivados.
- En cualquiera de los escenarios indicados, se debe canalizar el ingreso del negocio por canal tradicional.

- En caso de contar con el comprobante de **transferencia** de la cuota 1, se debe subir la imagen o documento e ingresar el número de comprobante.

Información de pago

2024/05/20 X v Anual X v

Transferencia / Depósito X v

Datos para Depósitos / Transferencia

Banco: Banco Pichincha
Tipo de Cuenta: Ahorro
Número de Cuenta: 2200053841
Nombre: ASISKEN ASISTENCIA MEDICA SA
RUC / Cédula: 0992703008001
Correo Electrónico: correo@asisken.com

Número de comprobante*

Subir Comprobante

- En caso de seleccionar el método de pago **débito bancario**, se debe ingresar los datos bancarios para el débito de la cuota 1.

Información de pago

2024/05/20 X v Anual X v

Débito bancario X v

Datos banco

Banco* Tipo de Cuenta*

Número de Cuenta*



GENERACIÓN DE CONTRATO

1. Una vez registrada la forma de pago de la **cuota 1** se generará el comprobante de pago y deberás elegir el **método de pago de las subsiguientes cuotas**:

Contrato #33689

✓ Tarjeta suscrita exitosamente

Tarjeta suscrita exitosamente.

\$ 14,18

Datos del pago

Código de referencia	MD-6183376
Número de autorización	604691
Pagador	EVELYN
Fecha	2024-06-06
Estado	APROBADO

¿De qué forma deseas pagar tus siguientes cuotas?

Frecuencia de Pago de Cuotas* ▼

→ Débito bancario

Tarjeta de crédito / Débito

FIRMA ELECTRÓNICA

1. En este último paso se envía automáticamente el contrato, al correo del contratante para la firma electrónica.

Inicio / Venta / 000002545

Iniciación Pago **Firma**

Generando firma...

Por favor espere mientras se procesa su solicitud



1 Beneficiarios — 2 Planes — 3 Resumen — 4 Confirmación — 5 Pago — 6 Firma

Firma electrónica

Ha sido enviado a tu correo electrónico cecilia.ulloa@asisken.com el link para acceder a la firma electrónica de tu contrato.

Finalizar

- La póliza es enviada al correo del contratante de manera automática para la firma electrónica.
- Adicional también se envía un anexo con la declaración de salud de titular y dependiente, cuya firma es obligatoria.

DECLARACIÓN DE SALUD DE TITULAR Y DEPENDIENTE

Contrato nuevo ☒ Inclusión de dependientes ☐ Actualización de declaración de Salud ☐

Por favor lea cuidadosamente el siguiente formulario y complete toda la información en letra imprenta o marcando con un visto o una X cuando corresponda. El contrato iniciará su vigencia, cuando se haya realizado el cobro de la cuota 1 en conjunto con la vigencia seleccionada y la aprobación por la Compañía.

1. PLAN SOLICITADO Y DEDUCIBLES

Nombre del plan: ASISPRO20 Deducible seleccionado: _____

2. DECLARACIÓN DE SALUD DEL TITULAR Y DEPENDIENTES

Detalle los diagnósticos, síntomas, antecedentes patológicos personales, antecedentes quirúrgicos (cirugías), hospitalizaciones (motivo, tiempo, fecha y diagnóstico), tratamientos médicos de larga evolución que han presentado y su fecha de inicio.

NOMBRE AFILIADO	DIAGNOSTICO
Sistema Respiratorio como: Asma, Tuberculosis, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Cáncer de pulmón, Neumonía, Tumores, hipertensión pulmonar, Disnea, Signos o diagnósticos relacionados al sistema respiratorio.	



CONSULTA DE COTIZACIONES

1. En esta sección podrás consultar el estado de las cotizaciones/emisiones:



Estado pendiente: Significa que es una cotización. También es posible que se haya generado un link de pago y esté a la espera para culminar la emisión.

PENDIENTE

Estado solicitado: Significa que es una emisión y se encuentra en proceso de verificación bancaria o pendiente de firma electrónica del cliente

SOLICITADA

Estado firmado: Significa que el contrato culminó su proceso, ya se encuentra firmado por el cliente y al día en el pago de la cuota correspondiente.

FIRMADA

Nota

La firma electrónica de la póliza no garantiza la activación del contrato, hasta que Asisken confirme la acreditación o aplicación de los valores.



PREGUNTAS FRECUENTES



Una vez emitido el contrato en línea, ¿Se puede realizar modificaciones o eliminar la emisión?

No es posible realizar modificaciones ni eliminar la emisión. En caso de que por error involuntario u omisión se requiera una modificación o actualización de información, debe reportarse por correo al Coordinador Comercial asignado junto con el soporte respectivo.

¿Se puede emitir el negocio con el pago de la primera cuota?

Si es posible. En el paso 5 de la información del pago, se puede subir el comprobante de la cuota 1.

¿Se puede emitir siendo el contratante y pagador una empresa?

Si es posible. Tomar en cuenta que se debe adjuntar la siguiente documentación adicional:

- RUC
- Nombramiento de representante legal vigente
- Cédula de representante legal

¿Se puede emitir un contrato en línea para extranjeros?

Si es posible. Tomar en cuenta que se debe adjuntar copia del pasaporte vigente y certificado del status migratorio.

En caso de contar con cédula ecuatoriana, no es necesario adjuntar los documentos antes mencionados.

¿Se puede reasignar contratos ya emitidos a otro vendedor?

No es posible la reasignación de negocios.

¿Se puede emitir negocios para personas con discapacidad?

Si es posible. Se debe adjuntar el carné de discapacidad y certificado del médico tratante con el diagnóstico de la discapacidad, en la sección de carga de "Documentos".

*No se cancela comisión para personas con discapacidad. En caso de estar dentro de un contrato familiar, no se liberará comisión de todo el contrato.

¿Cuáles son las vigencias para la emisión?

Se manejarán vigencias 10, 20 y 30 de cada mes. En caso de no finalizar la emisión, al querer retomar la misma, tener en cuenta que la vigencia se actualizará automáticamente.



¿Se aceptan todas las tarjetas de crédito en el link de pago?

Se aceptan tarjetas Visa o MasterCard de los siguientes bancos:

- ☐ BANKARD
- ☐ BANCO INTERNACIONAL
- ☐ PRODUBANCO
- ☐ BANCO MACHALA
- ☐ MUTUALISTA PICHINCHA
- ☐ COOPERATIVA JEP
- ☐ BANCO AMAZONAS
- ☐ MUTUALISTA DEL AZUAY
- ☐ COOPERATIVA OSCUS
- ☐ PACIFICARD

En Asisken, ***nos importas.***