

OPCIONES DE DEDUCIBLE*

| | OPCIÓN I | OPCIÓN II | OPCIÓN III | OPCIÓN IV | OPCIÓN V | OPCIÓN VI |
|-------------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| Fuera de EE. UU. | US\$500 | US\$2.000 | US\$5.000 | US\$10.000 | US\$20.000 | US\$50.000 |
| Dentro de EE. UU. | US\$1.000 | | | | | |

*Solamente aplica un deducible por persona, por año contrato. Para contratos de familia, se aplicará un máximo de dos deducibles acumulados por contrato, por año contrato. Para más información, por favor referirse al Condicionado de Cobertura del contrato.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

| DESCRIPCIÓN | COBERTURA |
|---------------------------------------|--|
| Cobertura máxima por contrato anual | US\$3.500.000 por afiliado |
| Elegibilidad para solicitar cobertura | Sin límite de edad |
| Período de carencia | 30 días |
| Cobertura fuera de Estados Unidos | 100% con libre elección de médicos y hospitales |
| Cobertura dentro de Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none"> • 100% en proveedores de la "Red Especial de EE. UU." • Fuera de la "Red Especial de EE. UU." la cobertura será de 60%, con un límite de hasta US\$700 diarios para habitación privada estándar y de hasta US\$1.400 diarios para habitación de cuidados intensivos • Emergencias tendrán cobertura al 100% hasta los límites del contrato |

BENEFICIOS HOSPITALARIOS

| DESCRIPCIÓN | COBERTURA |
|---|---|
| Cobertura de habitación hospitalaria privada estándar | 100% |
| Unidad de cuidados intensivos | 100% |
| Acompañante adulto (cuando el hospitalizado sea un menor de 16 años o un adulto mayor de 75 años) | US\$150 por noche (máx. 15 noches) En territorio ecuatoriano, a partir de la noche 16, máx. US\$50 por noche |
| Medicamentos prescritos durante una hospitalización | 100% |

BENEFICIOS AMBULATORIOS

| DESCRIPCIÓN | COBERTURA |
|--|--|
| Visitas a médicos y especialistas | 100% |
| Medicamentos por prescripción | US\$12.500 por afiliado, por año contrato |
| Cuidados de enfermero(a) en el hogar | US\$10.000 por afiliado, por año contrato |
| Chequeo médico preventivo (tarifa cero), por afiliado, sin deducible (después de un período de carencia de 30 días) | Opciones (I, II, III, IV y V) <ul style="list-style-type: none"> • US\$30 por visita, hasta 7 visitas al año, de 0 hasta los 12 meses Opciones (I y II) <ul style="list-style-type: none"> • US\$100 por afiliado, por año contrato, desde los 13 meses hasta los 17 años de edad • US\$150 por afiliado, por año contrato, desde los 18 años de edad en adelante Opciones (III, IV y V) <ul style="list-style-type: none"> • US\$50 por afiliado, por año contrato desde los 13 meses de edad en adelante |
| Aparatos auditivos (por afiliado) | US\$1.000 (vitalicio) |
| Tratamientos especializados (psiquiatría, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, autismo, apnea del sueño y otros trastornos del sueño) | US\$3.000 por año contrato |
| Alzheimer | 100% |

BENEFICIOS GENERALES

(Los siguientes beneficios ofrecen la misma cobertura tanto para procedimientos hospitalarios como para ambulatorios)

| DESCRIPCIÓN | COBERTURA |
|---|-----------|
| Honorarios del cirujano y del anestesiólogo | 100% |

BENEFICIOS GENERALES

(Los siguientes beneficios ofrecen la misma cobertura tanto para procedimientos hospitalarios como para ambulatorios)

| DESCRIPCIÓN | COBERTURA |
|---|---|
| Servicios de estudios diagnósticos (exámenes de laboratorio, patología, rayos-X, resonancias magnéticas, tomografías) | 100% |
| Exámenes de cáncer, medicamentos y tratamiento (quimioterapia y/o radioterapia) | 100% |
| Cirugía de reducción de riesgo de cáncer o cirugía profiláctica (vitalicio) | US\$20.000 (después de un período de carencia de 90 días) |
| Diálisis | 100% |
| Prótesis y medios correctivos implantados durante una cirugía | 100% |
| Trasplante de órganos (por órgano/tejido, vitalicio) | <ul style="list-style-type: none"> • US\$600.000 • US\$300.000 adicionales con anexo opcional |
| Beneficios para el donante vivo | US\$20.000 |
| Equipo médico (dispositivos especiales, prótesis externas, dispositivos ortóticos, prótesis de las extremidades) | US\$10.000 por afiliado, por año contrato |
| Tratamiento de alergias | 100% |
| Terapia física y de rehabilitación | US\$10.000 |
| Condiciones congénitas diagnosticadas antes de los 18 años (vitalicio) | US\$500.000 |
| Condiciones congénitas diagnosticadas después de los 18 años | US\$2.000.000 |
| VIH-SIDA (vitalicio) | US\$250.000 (después de un período de carencia de 30 días) |
| Cirugía bariátrica y de bypass gástrico por obesidad (vitalicio) | US\$5.000 (después de un período de carencia de 30 días) |
| Tratamientos podiátricos | US\$10.000 (después de un período de carencia de 30 días) |

BENEFICIOS DE MATERNIDAD

| DESCRIPCIÓN | COBERTURA |
|---|---|
| Maternidad (opciones I y II) | US\$4.000 sin deducible (si es concebido después de los 60 días de cobertura del contrato) |
| Extracción y almacenamiento de células madres (opciones I y II) | Por embarazo cubierto para la extracción y preservación por un (1) año de las células madres, incluido dentro del beneficio de maternidad (después de un período de carencia de 60 días, sin deducible) |
| Complicaciones de la maternidad y del recién nacido (opciones I y II) | US\$500.000 para embarazo cubierto por este contrato (después de un período de carencia de 60 días, sin deducible) |
| Inclusión del recién nacido (opciones I y II) | Sin evaluación de riesgo si nace de una maternidad cubierta y recibida dentro de los primeros 90 días después del nacimiento |
| Atención prenatal | US\$40 por consulta mensual (este beneficio aplica únicamente para maternidades no cubiertas) |
| Control de natalidad | US\$30 por año contrato (este beneficio no aplica a las hijas dependientes) |

BENEFICIOS DE EVACUACIÓN MÉDICA

| DESCRIPCIÓN | COBERTURA |
|---|--------------------------|
| Transportación de emergencia por ambulancia terrestre | 100% sin deducible |
| Transportación de emergencia por ambulancia aérea | US\$60.000 sin deducible |
| Pasaje aéreo de regreso del afiliado y del acompañante después de una evacuación por ambulancia aérea | US\$500 por persona |
| Repatriación de restos mortales o servicios de cremación | US\$40.000 |

OTROS BENEFICIOS

| DESCRIPCIÓN | COBERTURA |
|---|---|
| Actividades y deportes peligrosos (no profesionales) | 100% |
| Cobertura dental de emergencia | 100% por los primeros 180 días |
| Cirugía correctiva o reconstructiva en caso de enfermedad o accidente | 100% |
| Cuidados paliativos en casos terminales | US\$15.000 (vitalicio) |
| Cobertura provisional para accidentes mientras se procesa la solicitud | US\$30.000 |
| Cobertura gratuita extendida a dependientes elegibles después del fallecimiento del titular | 1 año si el fallecimiento es ocasionado por una condición cubierta por este contrato |
| Eliminación/reducción del deducible por no presentar reclamos | Opciones (I, II y III) <ul style="list-style-type: none"> • Eliminación por 1 año después del 3er año sin reclamos Opciones (IV y V) <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de hasta 50% por 1 año después del 3er año sin reclamos |
| Segunda Opinión Médica VIP | Acceso a la opinión médica de expertos de renombre internacional de todo el mundo sobre alguna condición, sin deducible |

Todos los beneficios con cobertura del 100% son hasta los límites del contrato.

Todo el contenido de este cuaderno es informativo. Los beneficios están regidos por las cláusulas descritas en el Condicionado de Cobertura del contrato. De no expresarse lo contrario, los beneficios se ofrecen en base a un afiliado por año contrato, a cuyos beneficios les corresponde el deducible seleccionado. Todas las cantidades son expresadas en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD, por sus siglas en inglés). Los beneficios están limitados a los gastos médicos que tengan cobertura bajo el contrato y los mismos están sujetos a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR, por sus siglas en inglés) para el área geográfica donde ocurrieron los mismos.