

CUADRO DE BENEFICIOS Y SUS LIMITES	OPCION 1	OPCION 2	OPCION 3	OPCION 4
<b>LIMITE DE COBERTURA BASICA ANUAL,</b> Gastos Medicos Hospitalarios por Persona,Patologia y Año Poliza	<b>US\$ 25.000</b>	<b>US\$ 50.000</b>	<b>US\$ 100.000</b>	<b>US\$ 200.000</b>
DEDUCIBLE EN VENEZUELA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
DEDUCIBLE EN EL EXTERIOR	US\$ 2.500	US\$ 2.500	US\$ 2.500	US\$ 2.500
<b>ELIMINACION DE PLAZOS DE ESPERA (CLAUSULA 4) Y EXCLUSIONES TEMPORALES (CLAUSULA 5) SIN EXCEDER DE:</b>	US\$ 25.000	US\$ 50.000	US\$ 100.000	US\$ 200.000

COBERTURAS ADICIONALES				
<b>MATERNIDAD (OPCIONAL)</b>	<b>US\$ 25.000</b>	<b>US\$ 25.000</b>	<b>US\$ 25.000</b>	<b>US\$ 25.000</b>
ASISTENCIA MEDICA PRIMARIA POR PERSONA Y AÑO POLIZA	INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA
COVID-19 . SARS-COV2 Y SUS VARIANTES	US\$ 25.000	US\$ 25.000	US\$ 25.000	US\$ 25.000
ASISTENCIA MEDICA IN SITU	INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA
SERVICIOS FUNERARIOS (\$1.000)	INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA

PLAN BASICO RANGO DE EDAD	PRIMA ANUAL INDIVIDUAL US\$			
	OPCION 1 US\$ 25.000	OPCION 2 US\$ 50.000	OPCION 3 US\$ 100.000	OPCION 4 US\$ 200.000
0-9	413	423	471	511
10-15	402	410	433	445
16-19	444	456	474	506
20-29	562	570	585	632
30-39	640	691	819	871
40-49	786	869	1,054	1,117
50-54	830	909	1,441	1,556
55-59	1,146	1,183	1,726	1,966
60-69	1,209	1,271	2,127	2,444
70-79	1,312	1,623	2,501	2,820
80-89	1,672	1,943	2,794	3,224
90-99	2,901	3,186	3,216	3,767

PRIMAS ANUALES COBERTURAS ADICIONALES	
<b>LIMITE COBERTURA MATERNIDAD</b>	<b>US\$ 25.000</b>
<b>PRIMA INDIV. MATERNIDAD</b> (Titulares y Conyuges Femeninos 18-50 años)	380

SERVICIOS OPCIONALES	PRIMA INDIVIDUAL ANUAL
ASISTENCIA AL VIAJERO (COBERTURA HASTA US \$ 30.000)	26
SERVICIO ODONTOLOGICO	18
SERVICIO OFTALMOLOGICO	22

**DESCUENTOS:**

Se aplicará un **10%** de Descuento por Pago de Contado (Prima Anual: Total Básica y Coberturas Opcionales).

Se aplicará un **5%** de Descuento por No Siniestro.

05-04-2022