

Límite Máximo	Límite Máximo de \$5.000.000	
Deducibles	\$250, \$500, \$1,000, \$2,500, \$5,000, \$10,000 por Miembro por Periodo de Cobertura por Miembro Participante	
Deducible Familiar	Máximo de 2 Deducibles por Familia por Periodo de Cobertura	
Área de Cobertura	Área 1 - Todo el Mundo, Incluyendo EEUU y Canadá	Área 2 - Todo el Mundo, Excluyendo EEUU y Canadá
Co-seguro: Reclamaciones incurridas en EEUU o Canadá	Después del Deducible, el Plan pagará el 80% de los siguientes \$5.000 de Gastos Elegibles, y luego el 100% hasta el Límite Máximo. El Co-seguro será exonerado si los gastos se incurren dentro de la red PPO	
Co-seguro: Reclamaciones incurridas fuera de EEUU o Canadá	Después del Deducible, el plan paga el 100% de los Gastos Elegibles hasta el Límite Máximo	
Sanción de Pre-certificación	50% de los Gastos Elegibles	
Condición Pre-existente	Sub-Límite de \$10.000 por Periodo de Cobertura, Sub-Límite Máximo de \$50.000. (Después de 728 días de cobertura continua**)	
Maternidad - Parto Normal/ Complicado	Anexo Opcional de Cobertura - Sub-Límite de \$10.000 por Periodo de Cobertura, Sub-Límite Máximo de \$50.000	
Cuidados Neonatales	Incluidos como parte de las prestaciones de Maternidad durante los primeros 31 días de vida	
Trasplante de Tejidos/ Órganos Humanos	Sub-Límite Máximo de \$500.000 para los Trasplantes Cubiertos	
Habitación del Hospital y Pensión - Área de Cobertura 1 y 2	Tarifa promedio de habitación Semi-Privada	
Unidad de Cuidados Intensivos - Área de Cobertura 1 y 2	Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados	
Cuidado Dental de Emergencia por Accidente	Sub-Límite de \$500 por Periodo de Cobertura	
Ambulancia Local	Sub-Límite de \$1.500 por Periodo de Cobertura cuando la enfermedad o lesión cubierta resulta en Hospitalización. No sujeto a Deducible ni Co-seguro.	
Cirugía	Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados	
Medicamentos con Receta	Sólo Reembolso. Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados. Sujetos a un Co-seguro del 20% en EEUU	
Desórdenes Nerviosos y Mentales	Sub-Límite de \$10.000 por Periodo de Cobertura para Tratamiento Ambulatorio únicamente. Sub-Límite Máximo de \$25.000 (Después de 728 días de cobertura continua**)	
Bienestar - Adulto	Sub-Límite de \$250 por Periodo de Cobertura para Miembros Participantes de 25 o más años. No sujeto a Deducible ni Co-seguro (Después de 180 días de cobertura continua**)	
Bienestar - Niño	Sub-Límite de \$175 por Periodo de Cobertura para Miembros Participantes de 18 o menos años. No sujeto a Deducible ni Co-seguro (Después de 180 días de cobertura continua**)	
Cualquier Otro Gasto Médico	Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados	
Sala de Urgencias - Enfermedad/Accidente	Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados. Sujetos a un Deducible adicional de \$250 si la enfermedad o la lesión no resulta en Hospitalización	
Evacuación Médica de Emergencia	Sub-Límite Máximo de \$50.000. Sub-Límite Máximo de \$2.500 para Miembros Participantes de 65 o más años de edad	
Retorno de Restos Mortales	Reembolso de hasta \$25.000 por el retorno de los restos mortales de un Miembro Participante a su país de origen. No sujetos a Deducible ni Co-seguro.	
Reunión de Emergencia	Reembolso de hasta \$7.500 en concepto de gastos de viaje relacionados con una Reunión de Emergencia para un pariente o amistad resultante de una Evacuación Médica de Emergencia de un Miembro Participante	
Deportes Extremos	Anexo Opcional de Cobertura - Sub-Límite de \$50.000 por Periodo de Cobertura	
Cobertura Dental	Anexo Opcional de Cobertura - Límite Máximo de \$750 por Miembro Participante por Año Natural. Deducible de \$50 por Miembro Participante. Desembolso del Programa de Prestaciones: Clase A=70%; Clase B=50%; Ortodoncia=Sin cobertura (Después de 180 días de cobertura continua**)	

* Esto es únicamente una descripción consolidada y resumida de algunas de las prestaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de Azimuth Risk Solutions. El kit de cumplimiento incluye una Prueba de Seguro que contiene los términos, condiciones y exclusiones. Azimuth Risk se reserva el derecho a emitir la Prueba de Seguro más actualizada para este plan en el supuesto de que esta solicitud y/o folleto haya expirado, o sido modificado o reemplazado por una versión más reciente. Una copia completa de la Póliza Maestra está disponible en todo momento a petición.

** Respecto al anterior Programa de Prestaciones/Límites, las referencias a "cobertura continua" significan una cobertura continua no interrumpida con Beacon/Axis Series Group Insurance Trust (Anguilla). Las prestaciones aplicables descritas estarán disponibles por primera vez para el Miembro Participante únicamente al final del Periodo de Cobertura continuo así especificado.