

 **Redbridge**[®]
Insurance Company, Ltd



PROGRAMA
DE SEGURO
DE SALUD

Titanium

A.M. Best Rating B++ Good

BENEFICIOS	COBERTURA
MÁXIMO BENEFICIO POR ASEGURADO POR AÑO PÓLIZA	
Cobertura Mundial	\$3,000,000
Renovación Garantizada	
DEDUCIBLE POR AÑO PÓLIZA	
Un (1) deducible por asegurado, dos (2) deducibles máximo por póliza familiar	
Se exonera el deducible por cirugía intrahospitalaria en el país de residencia hasta la opción de \$1,000	
Hospitalización por Accidente Grave, se exonera el deducible hasta la opción de \$5,000	100%
Exoneración o reducción del deducible por no presentar reclamaciones en los últimos 3 años	
Opciones de deducibles de \$5,000 o menos	100%
Opciones de deducibles mayores de \$5,000	50%
TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS	
Límite vitalicio	\$500,000
SERVICIOS MÉDICOS	
Habitación Estándar	100%
Alojamiento en Hospital para Acompañante de un Menor Hospitalizado, máximo 10 noches	\$150 por noche
Unidad de Cuidados Intensivos	100%
Otros Servicios y Suministros en el Hospital	100%
Médicos y Especialistas	100%
Visitas al Hospital y Unidad de Cuidados Intensivos	100%
Consultas Médicas	100%
Telemedicina	100%
House Calls / Visitas a Domicilio	100%
Cirujanos	100%
Asistente de Cirujano	100%
Anestesiólogo	100%
Cirugía Reconstructiva	100%
Implantes o Prótesis Quirúrgicos	100%
Sala de Emergencia	100%
Hospitalización de Emergencia - Fuera de la Red de Proveedores	100%
Segunda Opinión Médica	100%
Rehabilitación Paciente Interno, máximo 30 días	100%
Servicios Médicos de Diagnóstico	100%
Cuidado de Salud en el Hogar, máximo 30 días	\$7,000
Diálisis	100%
Radioterapia y Quimioterapia	100%
Terapia Ambulatoria, máximo 30 visitas	\$7,000
Medicamentos Prescritos	\$15,000
Tratamientos de Alergias	\$2,000
Equipo Médico Durable	\$7,000
Prótesis Externa, límite vitalicio	\$7,000
OTROS BENEFICIOS	
Beneficio Dental por consecuencia directa de un accidente cubierto	100%
Virus de Papiloma Humano (VPH)	100%
Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), límite vitalicio	\$150,000
Enfermedad de Alzheimer	100%
Cuidados Paliativos / Hospicio, máximo 30 días, límite vitalicio	\$10,000
Cirugía Profiláctica para prevenir el alto riesgo de Cáncer, límite vitalicio	\$20,000
Lesiones causadas por Accidente de Aviación, en aeronave privada o comercial	100%
Lesiones causadas por Accidente en Deportes Recreacionales, no profesionales	100%
CUIDADOS DE MATERNIDAD	
No aplica deducible, excepto en opciones de deducibles de \$5,000 o más	
Parto natural o cesárea, cuidado prenatal y postnatal, 2 visitas pediátricas, envío y recolección de las células madres del cordón umbilical	\$6,000
COMPLICACIONES DE MATERNIDAD	
En Latinoamérica	100%
Fuera de Latinoamérica	\$500,000
El recién nacido de una maternidad cubierta tiene cobertura automática, siempre que sea inscrito en la póliza dentro de los 60 días de nacido	

Resumen de Beneficios

BENEFICIOS	COBERTURA
CONDICIONES CONGÉNITAS / HEREDITARIAS Y COMPLICACIONES PERINATALES	
Condiciones que se manifiestan antes de los 18 años de edad, límite vitalicio	\$500,000
Condiciones que se manifiestan a los 18 años de edad o después, límite vitalicio	\$1,000,000
En partos múltiples bajo una maternidad cubierta, el beneficio será distribuido proporcionalmente entre los recién nacidos	
CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO. No aplica deducible	
Asegurado Principal y Cónyuge dependiente	\$300
Hijos dependientes	\$100
TRANSPORTE DE EMERGENCIA. No aplica deducible	
Ambulancia Terrestre	100%
Ambulancia Aérea y Repatriación de Restos Mortales	\$50,000
RED DE PROVEEDORES	
Dentro de la Red en EE.UU.: Red Solutions	100%
Fuera de la Red en EE.UU.:	80%
Fuera de EE.UU.:	Libre Elección
LATINOAMÉRICA	
El término Latinoamérica comprende México, Centro América, Sur América y Caribe, excepto Puerto Rico, las Islas Vírgenes Americanas y Cuba	
SERVICIOS CON REQUISITO DE PRE-CERTIFICACIÓN	
Hospitalización	Trasplante de Órganos y Tejidos
Cirugías con Anestesia General	Cuidado de Salud en el Hogar
Procedimientos Cardíacos	Ambulancia Aérea
Radioterapia y Quimioterapia	Repatriación de Restos Mortales
Cuidados Paliativos / Hospicio	Equipo Médico Durable
Terapias Ambulatorias	
El incumplir este requisito hace al asegurado responsable por el pago de un 30% de todos los gastos cubiertos	
PERÍODOS DE ESPERA	
Cualquier enfermedad; excepto enfermedades infecciosas y lesiones por un accidente cubierto	30 días
Cuidados de Maternidad	10 meses
Condiciones Congénitas y Hereditarias en asegurados no nacidos bajo una maternidad cubierta	12 meses
Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)	48 meses
Cirugía Profiláctica	24 meses
Trasplante de Órganos y Tejidos	12 meses
Chequeo Médico Preventivo	10 meses



PRUEBA GENÓMICA



Prueba genética por 1er diagnóstico de Cáncer, hasta la edad de 69 años.

Período de Espera de 90 días.

El beneficio es coordinado por la Compañía.

Los beneficios, términos y condiciones se especifican en el Anexo de Prueba Genómica.

- Límite US \$10,000
- No aplica deducible
- Elegible hasta los 69 años



ASISTENCIA AL VIAJERO



Servicios de Asistencia por emergencias que ocurren por 1ra vez durante un viaje en el exterior.

Los beneficios, términos y condiciones se especifican en el Anexo de Asistencia al Viajero. El monto del beneficio disminuye al 50% a los 75 años, al 25% a los 85 años y finaliza a los 86 años.

Todos los beneficios requieren Notificación y Pre-certificación dentro de las 24 horas del evento.

- Límite US \$10,000
- No aplica deducible
- Elegible hasta los 74 años



ASISTENCIA FUNERAL



Servicios funerales coordinados por la Compañía para el Asegurado Principal y su Cónyuge dependiente de 18 a 74 años.

Período de Espera de 180 días.

Los beneficios, términos y condiciones se especifican en el Anexo de Asistencia Funeral.

Todos los servicios requieren Notificación y Pre-certificación dentro de las 24 horas del evento.

- Límite US \$2,500
- No aplica deducible
- Elegible hasta los 74 años



SEGURO DE VIDA



Beneficio de Seguro de Vida básico para el Asegurado Principal y Cónyuge dependiente de 18 a 64 años.

El beneficio, términos y condiciones se especifican en el Anexo de Seguro de Vida.

- Límite US \$10,000
- No aplica deducible
- Elegible hasta los 64 años



PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD

Titanium

www.redbridgeinsurance.com | marketing@redbridge.cc



TARIFAS ANUALES (USD)

EDAD	DEDUCIBLE					
	500	1,000	2,000	5,000	10,000	25,000
0-17	457	371	297	219	178	123
18	527	429	343	253	206	141
19	633	514	411	303	247	170
20	738	600	480	354	288	198
21	878	714	571	421	343	236
22	1,054	857	686	506	411	283
23	1,230	1,000	800	590	480	330
18-24	2,048	1,732	1,458	1,170	1,019	813
25-29	2,504	2,104	1,755	1,389	1,197	936
30-34	2,891	2,418	2,006	1,574	1,348	1,040
35-39	3,383	2,818	2,326	1,810	1,540	1,172
40-44	3,875	3,218	2,646	2,046	1,732	1,304
45-49	4,347	3,605	2,959	2,281	1,926	1,442
50-54	5,296	4,376	3,576	2,736	2,296	1,696
55-59	6,139	5,062	4,125	3,141	2,625	1,922
60	7,299	6,004	4,879	3,697	3,078	2,234
61	7,720	6,347	5,153	3,899	3,242	2,347
62	8,529	7,004	5,679	4,287	3,558	2,564
63	9,196	7,547	6,113	4,607	3,818	2,743
64	9,653	7,918	6,410	4,826	3,997	2,865
65	11,509	9,420	7,603	5,695	4,696	3,333
66	12,774	10,448	8,426	6,302	5,189	3,672
67	13,477	11,020	8,883	6,639	5,464	3,861
68	14,215	11,620	9,363	6,993	5,752	4,059
69	14,707	12,020	9,683	7,229	5,944	4,191
70	16,634	13,578	10,921	8,132	6,670	4,678
71	17,512	14,293	11,493	8,553	7,013	4,913
72	18,566	15,150	12,178	9,059	7,425	5,196
73	19,445	15,864	12,750	9,480	7,767	5,432
74	20,359	16,607	13,344	9,918	8,124	5,677

TARIFAS SEMESTRALES (USD)

EDAD	DEDUCIBLE					
	500	1,000	2,000	5,000	10,000	25,000
0-17	237.64	192.92	154.44	113.88	92.56	63.96
18	274.04	223.08	178.36	131.56	107.12	73.32
19	329.16	267.28	213.72	157.56	128.44	88.40
20	383.76	312.00	249.60	184.08	149.76	102.96
21	456.56	371.28	296.92	218.92	178.36	122.72
22	548.08	445.64	356.72	263.12	213.72	147.16
23	639.60	520.00	416.00	306.80	249.60	171.60
18-24	1,064.96	900.64	758.16	608.40	529.88	422.76
25-29	1,302.08	1,094.08	912.60	722.28	622.44	486.72
30-34	1,503.32	1,257.36	1,043.12	818.48	700.96	540.80
35-39	1,759.16	1,465.36	1,209.52	941.20	800.80	609.44
40-44	2,015.00	1,673.36	1,375.92	1,063.92	900.64	678.08
45-49	2,260.44	1,874.60	1,538.68	1,186.12	1,001.52	749.84
50-54	2,753.92	2,275.52	1,859.52	1,422.72	1,193.92	881.92
55-59	3,192.28	2,632.24	2,145.00	1,633.32	1,365.00	999.44
60	3,795.48	3,122.08	2,537.08	1,922.44	1,600.56	1,161.68
61	4,014.40	3,300.44	2,679.56	2,027.48	1,685.84	1,220.44
62	4,435.08	3,642.08	2,953.08	2,229.24	1,850.16	1,333.28
63	4,781.92	3,924.44	3,178.76	2,395.64	1,985.36	1,426.36
64	5,019.56	4,117.36	3,333.20	2,509.52	2,078.44	1,489.80
65	5,984.68	4,898.40	3,953.56	2,961.40	2,441.92	1,733.16
66	6,642.48	5,432.96	4,381.52	3,277.04	2,698.28	1,909.44
67	7,008.04	5,730.40	4,619.16	3,452.28	2,841.28	2,007.72
68	7,391.80	6,042.40	4,868.76	3,636.36	2,991.04	2,110.68
69	7,647.64	6,250.40	5,035.16	3,759.08	3,090.88	2,179.32
70	8,649.68	7,060.56	5,678.92	4,228.64	3,468.40	2,432.56
71	9,106.24	7,432.36	5,976.36	4,447.56	3,646.76	2,554.76
72	9,654.32	7,878.00	6,332.56	4,710.68	3,861.00	2,701.92
73	10,111.40	8,249.28	6,630.00	4,929.60	4,038.84	2,824.64
74	10,586.68	8,635.64	6,938.88	5,157.36	4,224.48	2,952.04

- **Elegibilidad:** Individuos de 18 a 74 años que residan fuera de E.E.U.U.
- **Hijos Dependientes:** Usar tarifas de 0 a 23 años (primeras siete filas de la tabla).
- **Solicitante y Cónyuge:** Utilizar tarifas de 18 a 74 años (a partir de la octava fila).
- **Policy Fee:** \$150 (Pagadero con el Primer Pago de Prima) No-Reembolsable.
- Individuos de 65 a 74 años requieren completar **declaración médica**.