

LEVERAGE LITE

BENEFICIOS

C E N T R O A M É R I C A Y C O L O M B I A

#foreverwithyou

2026



ever®

RESUMEN DE BENEFICIOS

Salvo que se indique lo contrario, los beneficios se ofrecen por asegurado, por año póliza según el deducible elegido. Todos los valores se expresan en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD). Los beneficios se limitan a los gastos médicos cubiertos por la póliza y están sujetos a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) de la zona geográfica en la que se produjeron los mismos.

■ OPCIONES DE DEDUCIBLE

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

*En planes que excluyen cobertura en EE.UU. este deducible no aplica

■ INFORMACIÓN DEL PLAN

| BENEFICIO | COBERTURA |
|---|--|
| Cobertura máxima por persona, por año de póliza | US\$1.000.000 |
| Límite de edad para aplicar | Hasta 75 años |
| Periodo de espera | 30 días |
| Países elegibles | Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá |
| Cobertura dentro del país de residencia | 100%* UCR, sin restricción de médicos y hospitales |
| Cobertura fuera del país de residencia | <ul style="list-style-type: none"> • 100%* UCR dentro de la Red LEVERAGE® LITE. • El tratamiento médico de urgencia estará cubierto al 100%*, hasta los límites de la póliza |

■ BENEFICIOS HOSPITALARIOS

| BENEFICIO | COBERTURA | |
|---|-----------------------------|-------------------------------------|
| Habitación de hospital privada/semi-privada estándar | 100%*, máximo de 240 noches | |
| Unidad de cuidados intensivos | 100%*, máximo de 240 noches | |
| Gastos para un acompañante adulto de un asegurado hospitalizado | Menores de 18 años | US\$150 por noche, máximo 30 noches |
| | Mayores a 18 años | 100%*, máximo 30 noches |
| Medicamentos prescritos durante la hospitalización | 100%* | |
| Terapia física y rehabilitación | 100%* | |

(*) Estos beneficios están sujetos a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) de la zona geográfica

■ BENEFICIOS AMBULATORIOS

| BENEFICIO | COBERTURA |
|--|---------------------------------|
| Atención en área de emergencia | 100%* |
| Visitas a médicos y especialistas | 100%* |
| Visitas a domicilio de médicos y especialistas | 100%* |
| Medicamentos por prescripción médica | US\$6.000 |
| Atención de enfermera(o) o terapeuta a domicilio | US\$20.000 máximo de 120 noches |
| Chequeo médico preventivo por asegurado, sin deducible (después de un periodo de espera de 10 meses) | US\$150 |
| Aparatos auditivos | US\$500 vitalicio |
| Enfermedad de Alzheimer | 100%* |
| Tratamiento de alergias | 100%* |
| Terapias Físicas y rehabilitación | US\$6.000 |

■ BENEFICIOS GENERALES

Los siguientes beneficios ofrecen la misma cobertura para procedimientos de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

| BENEFICIO | COBERTURA | |
|---|--|-----------------------|
| Honorarios del cirujano y del anesthesiólogo | 100%* | |
| Exámenes de laboratorio y servicio de diagnóstico (pruebas de laboratorio, patología, radiografías, resonancia magnética/tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones) | 100%* | |
| Oncología: pruebas de cáncer, tratamiento (quimioterapia y/o radioterapia) y medicamentos | 100%* | |
| Cirugía para reducir el riesgo de cáncer o cirugía profiláctica | US\$10.500 vitalicio (tras un periodo de espera de 24 meses) | |
| Servicios de diálisis | 100%* | |
| Prótesis y aparatos médicos implantados durante la cirugía | 100%* | |
| Trasplante de órganos (por órgano/tejido) | US\$300.000 vitalicio. Incluye gastos del donante vivo | |
| Equipo médico durable | US\$6.000 | |
| Tratamientos especializados (terapia ocupacional, logopedia, apnea del sueño y otros trastornos del sueño) | US\$1.100 | |
| Condiciones congénitas | Diagnosticados antes de los 18 años | US\$250.000 vitalicio |
| | Diagnosticados después de los 18 años | 100%* |

(* Estos beneficios están sujetos a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) de la zona geográfica

■ BENEFICIOS GENERALES

Los siguientes beneficios ofrecen la misma cobertura para procedimientos de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

| BENEFICIO | COBERTURA |
|---|-------------------------------|
| Cirugía reconstructiva después de un accidente o enfermedad | Hasta el límite del beneficio |

■ BENEFICIOS DE MATERNIDAD

Periodo de espera de 10 meses, no se aplica deducible.

| BENEFICIO | COBERTURA | |
|---|--|-------------|
| Maternidad (opción I y II) | US\$4.000, no aplica deducible | |
| Extracción y almacenamiento de células madre (opción I y II) | Incluido en el beneficio de maternidad | |
| Complicaciones de la maternidad y del recién nacido (opción I y II) | En América Latina | 100%* |
| | En España y Portugal | US\$125.000 |
| Inclusión del recién nacido dentro de los 90 días posteriores al nacimiento (opción I y II) | Sin evaluación de riesgo, si nace de una maternidad cubierta | |

■ BENEFICIOS DE EVACUACIÓN MÉDICA

| BENEFICIO | COBERTURA | |
|--|----------------------|---------------------------------|
| Transporte de emergencia | Ambulancia terrestre | 100%*, no aplica deducible |
| | Ambulancia aérea | US\$35.000, no aplica deducible |
| Costo del boleto de regreso para el asegurado y un acompañante después de una evacuación en ambulancia aérea | US\$550 por persona | |
| Repatriación o cremación de restos mortales | US\$7.000 | |

■ OTROS BENEFICIOS

| BENEFICIO | COBERTURA |
|--|--|
| Actividades y deportes de alto riesgo | 100%* |
| Tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente | 100%* para el tratamiento dentro de los primeros 180 días del accidente cubierto |
| Cuidados paliativos | 100%* |
| Cobertura temporal de accidentes mientras se procesa la aplicación | US\$30.000 |

(*) Estos beneficios están sujetos a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) de la zona geográfica

■ OTROS BENEFICIOS

| BENEFICIO | COBERTURA |
|---|---|
| Eliminación/reducción del deducible de la póliza no haber alcanzado el deducible durante los últimos 3 años | <p>OPCIONES I y II:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminación durante 1 año si no se ha alcanzado el deducible en los años anteriores <p>OPCIONES III y IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción del 50% si no se ha alcanzado el deducible en los años anteriores |
| EVER® Expert Medical Review | Acceso a segundas opiniones médicas ilimitadas de expertos de renombre de todo el mundo, sin deducible |

(*) Estos beneficios están sujetos a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) de la zona geográfica



COMUNÍCATE CON NOSOTROS

LLAMADA A COBRO REVERTIDO EE. UU.:
+1 305 800 EVER (3837)

LLAMADA GRATUITA EE. UU.:
+1 866 800 EVER (3837)

BOLIVIA: 800 10 0515 • BRASIL: +55 11 2394 7817
EL SALVADOR: +503 2113 9066 • MÉXICO: +52 55 4169 6572
PERÚ: +51 1 700 9758 • VENEZUELA: +58 212 335 7542 | +58 212 335 7543

