

## PLAN B PÓLIZA INTERMEDIA

- Prueba de Detención del Cáncer: **\$50** por año calendario
- Beneficio por primera ocurrencia: **\$1,000**
- Beneficio por hospitalización diaria: **\$100** por día
- Beneficio Quirúrgicos: **\$2,500** máximo por cirugía
- Radiación y Quimioterapia: **\$2,500** por mes. **\$30,000** por año calendario
- Beneficio Extendido de hospitalización: luego del día 71, **\$1,000** por día
- Drogas recetadas y medicamentos: **20%** del beneficio de hospitalización diaria
- Ambulancia: **\$250**
- Hospital Gubernamental: **\$200** por día
- Cuidado Extendido: **\$100** por día
- Asistencia de un médico a un hospital: **\$50** por día
- Reconstrucción del seno y/o prótesis del seno: **\$5,000**
- Servicio de enfermera privada: **\$150** por día
- Cuidado en un hospicio: **\$100** por día
- Beneficio de cirugía ambulatoria: **\$375** por operación, medicamentos y laboratorios
- Cáncer de piel: **\$150** por año calendario **\$600** Beneficio máximo
- Anestesia: **25%** del beneficio quirúrgico
- Miembro artificial y prótesis: **\$1,500**
- Opiniones quirúrgicas adicionales: **\$200** hasta 3 opiniones
- Tratamiento experimental: **\$10,000** máximo por vida
- Sangre, plasma sanguínea y plaquetas: **\$5,000** por año calendario
- Traslado y alojamiento de+ acompañante adulto: **\$50** por día **\$2,500** máximo hospitalización
- Transportación: cargos actuales
- Traslado y alojamiento para tratamiento no local que no requiere hospitalización: **\$1,500**
- Servicios de salud en el hogar: **\$60** por día
- Prueba de diagnóstico positivo ambulatoria: **\$250**
- Terapia física, ocupacional y de lenguaje: **\$50** por terapia **\$1,500** máximo de por vida
- Alquiler o compra de equipo médico: **\$1,000** por año calendario
- Consulta de un profesional de la salud: **\$50** por consulta **\$250** máximo por vida
- Beneficio de peluca: **\$100**

### **Beneficios Incluidos: Beneficio Cuidado Critico (CCB), Unidad Cuidado Intensivo (ICU) & Trasplante de Órgano (OT)**

| Edades       | Individual                        | Pareja                            | 1 Padre / Hijos                  | Familiar                          |
|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>18-44</b> | <input type="checkbox"/> \$37.89  | <input type="checkbox"/> \$56.35  | <input type="checkbox"/> \$41.82 | <input type="checkbox"/> \$60.28  |
| <b>45-54</b> | <input type="checkbox"/> \$47.46  | <input type="checkbox"/> \$71.00  | <input type="checkbox"/> \$54.36 | <input type="checkbox"/> \$74.93  |
| <b>55-64</b> | <input type="checkbox"/> \$64.06  | <input type="checkbox"/> \$96.02  | <input type="checkbox"/> \$68.14 | <input type="checkbox"/> \$100.10 |
| <b>65-69</b> | <input type="checkbox"/> \$65.78* | <input type="checkbox"/> \$98.68* | N/A                              | N/A                               |

\*Endoso Trasplante de Órganos **NO** aplica

## Plan B

| Edades | Individual                       | Pareja                           | 1 Padre / Hijos                  | Familiar                         |
|--------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 18-44  | <input type="checkbox"/> \$23.47 | <input type="checkbox"/> \$35.18 | <input type="checkbox"/> \$25.74 | <input type="checkbox"/> \$37.45 |
| 45-54  | <input type="checkbox"/> \$29.88 | <input type="checkbox"/> \$45.12 | <input type="checkbox"/> \$35.12 | <input type="checkbox"/> \$47.39 |
| 55-64  | <input type="checkbox"/> \$40.83 | <input type="checkbox"/> \$61.77 | <input type="checkbox"/> \$43.25 | <input type="checkbox"/> \$64.19 |
| 65-69  | <input type="checkbox"/> \$44.44 | <input type="checkbox"/> \$66.66 | N/A                              | N/A                              |

### Beneficio Cuidado Critico (Critical Care Benefit (CCB))

- **MÁXIMO \$2,500** - Nosotros pagaremos los cargos actuales incurridos por una persona cubierta para las siguientes enfermedades cardiovasculares: Inserción de Marcapaso, Angioplastia y Cateterismo
- **MÁXIMO \$5,000** - Nosotros pagaremos por los cargos actuales incurridos por una persona cubierta por: Ataques al Corazón/ Derrames

| Edades | Individual                      | Pareja                          | 1 Padre / Hijos                 | Familiar                        |
|--------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 18-44  | <input type="checkbox"/> \$2.75 | <input type="checkbox"/> \$4.13 | <input type="checkbox"/> \$3.00 | <input type="checkbox"/> \$4.38 |
| 45-54  | <input type="checkbox"/> \$3.50 | <input type="checkbox"/> \$5.26 | <input type="checkbox"/> \$3.75 | <input type="checkbox"/> \$5.51 |
| 55-64  | <input type="checkbox"/> \$4.75 | <input type="checkbox"/> \$7.13 | <input type="checkbox"/> \$5.00 | <input type="checkbox"/> \$7.38 |
| 65-69  | <input type="checkbox"/> \$5.50 | <input type="checkbox"/> \$8.26 | N/A                             | N/A                             |

### Unidad Cuidado Intensivo (Intensive Care Unit (ICU))

- Beneficios se reducen EN UN 50% a los 70 años
- **POR DIA \$600** - Si una persona cubierta es hospitalizada en una unidad de cuidado intensivo de un hospital de beneficio diario, por cada día de dicha hospitalización que **no exceda de 30 días** durante cualquier periodo de hospitalización

| Edades | Individual                       | Pareja                           | 1 Padre / Hijos                  | Familiar                         |
|--------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 18-44  | <input type="checkbox"/> \$7.92  | <input type="checkbox"/> \$11.88 | <input type="checkbox"/> \$8.64  | <input type="checkbox"/> \$12.60 |
| 45-54  | <input type="checkbox"/> \$10.08 | <input type="checkbox"/> \$15.12 | <input type="checkbox"/> \$10.80 | <input type="checkbox"/> \$15.84 |
| 55-64  | <input type="checkbox"/> \$13.68 | <input type="checkbox"/> \$20.52 | <input type="checkbox"/> \$14.40 | <input type="checkbox"/> \$21.24 |
| 65-69  | <input type="checkbox"/> \$15.84 | <input type="checkbox"/> \$23.76 | N/A                              | N/A                              |

### Trasplante de Órgano (Organ Transplant (OT))

- Edad de Emisión: 18 a 64 - La cubierta del **endoso termina al asegurado alcanzar 65 años** de edad.
- Si se realiza un trasplante multi-organos, **se pagará solamente un beneficio...** trasplante que pague la **mayor** cantidad.
- Cuando un trasplante de órgano cubierto se ha realizado, por un asegurado, se pagará el beneficio del trasplante según CONDICIÓN: CORAZÓN • INTESTINO • PÁNCREAS • CORNEA • HÍGADO • PULMONES • MÉDULA ÓSEA • RIÑONES
  - **MÁXIMO \$175,000** - por cualquier trasplante de órgano (trasplante, enfermera privada, transportación & cuarto)
  - **HASTA \$500,000** por todos los trasplantes en la vida del asegurado

| Edades | Individual                      | Pareja                          | 1 Padre / Hijos                 | Familiar                        |
|--------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 18-44  | <input type="checkbox"/> \$3.75 | <input type="checkbox"/> \$5.16 | <input type="checkbox"/> \$4.44 | <input type="checkbox"/> \$5.85 |
| 45-54  | <input type="checkbox"/> \$4.00 | <input type="checkbox"/> \$5.50 | <input type="checkbox"/> \$4.69 | <input type="checkbox"/> \$6.19 |
| 55-64  | <input type="checkbox"/> \$4.80 | <input type="checkbox"/> \$6.60 | <input type="checkbox"/> \$5.49 | <input type="checkbox"/> \$7.29 |
| 65-69  | N/A                             | N/A                             | N/A                             | N/A                             |

Representative Name: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Puerto Rico Office: PMB 309 \* 35 calle Juan C Borbón STE 67 \* Guaynabo, PR 00969-5375

Phone: 787-789-1010 Fax: 787-287-1622

## PLAN C PÓLIZA AVANZADA

- Prueba de Detección del Cáncer: **\$100** por año calendario
- Beneficio por primera ocurrencia: **\$2,500**
- Beneficio por hospitalización diaria: **\$100** por día
- Beneficio Quirúrgicos: **\$2,500** máximo por cirugía
- Radiación y Quimioterapia: **\$5,000** por mes. **\$60,000** por año calendario
- Beneficio Extendido de hospitalización: luego del día 71, **\$1,000** por día
- Drogas recetadas y medicamentos: **20%** del beneficio de hospitalización diaria
- Ambulancia: **\$250**
- Hospital Gubernamental: **\$200** por día
- Cuidado Extendido: **\$100** por día
- Asistencia de un médico a un hospital: **\$50** por día
- Reconstrucción del seno y/o prótesis del seno: **\$5,000**
- Servicio de enfermera privada: **\$150** por día
- Cuidado en un hospicio: **\$100** por día
- Beneficio de cirugía ambulatoria: **\$375** por operación, medicamentos y laboratorios
- Cáncer de piel: **\$150** por año calendario **\$600** Beneficio máximo
- Anestesia: **25%** del beneficio quirúrgico
- Miembro artificial y prótesis: **\$1,500**
- Opiniones quirúrgicas adicionales: **\$200** hasta 3 opiniones
- Tratamiento experimental: **\$10,000** máximo por vida
- Sangre, plasma sanguínea y plaquetas: **\$5,000** por año calendario
- Traslado y alojamiento de acompañante adulto: **\$50** por día **\$2,500** máximo hospitalización
- Transportación: cargos actuales
- Traslado y alojamiento para tratamiento no local que no requiere hospitalización: **\$1,500**
- Servicios de salud en el hogar: **\$60** por día
- Prueba de diagnóstico positivo ambulatoria: **\$250**
- Terapia física, ocupacional y de lenguaje: **\$50** por terapia **\$1,500** máximo de por vida
- Alquiler o compra de equipo médico: **\$1,000** por año calendario
- Consulta de un profesional de la salud: **\$50** por consulta **\$250** máximo por vida
- Beneficio de peluca: **\$100**

### **Beneficios Incluidos: Beneficio Cuidado Critico (CCB), Unidad Cuidado Intensivo (ICU) & Trasplante de Órgano (OT)**

| Edades       | Individual                        | Pareja                             | 1PadreHijos                      | Familiar                          |
|--------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>18-44</b> | <input type="checkbox"/> \$49.23  | <input type="checkbox"/> \$73.33   | <input type="checkbox"/> \$54.39 | <input type="checkbox"/> \$78.49  |
| <b>45-54</b> | <input type="checkbox"/> \$61.00  | <input type="checkbox"/> \$91.77   | <input type="checkbox"/> \$66.17 | <input type="checkbox"/> \$96.94  |
| <b>55-64</b> | <input type="checkbox"/> \$81.68  | <input type="checkbox"/> \$123.24  | <input type="checkbox"/> \$87.22 | <input type="checkbox"/> \$128.78 |
| <b>65-69</b> | <input type="checkbox"/> \$84.71* | <input type="checkbox"/> \$127.06* | N/A                              | N/A                               |

\*Endoso Trasplante de Órganos **NO** aplica



## Plan C

| Edades | Individual                       | Pareja                           | 1Padre/Hijos                     | Familiar                         |
|--------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 18-44  | <input type="checkbox"/> \$34.81 | <input type="checkbox"/> \$52.16 | <input type="checkbox"/> \$38.31 | <input type="checkbox"/> \$55.66 |
| 45-54  | <input type="checkbox"/> \$43.42 | <input type="checkbox"/> \$65.89 | <input type="checkbox"/> \$46.93 | <input type="checkbox"/> \$69.40 |
| 55-64  | <input type="checkbox"/> \$58.45 | <input type="checkbox"/> \$88.99 | <input type="checkbox"/> \$62.33 | <input type="checkbox"/> \$92.87 |
| 65-69  | <input type="checkbox"/> \$63.37 | <input type="checkbox"/> \$95.04 | N/A                              | N/A                              |

### Beneficio Cuidado Critico (Critical Care Benefit (CCB))

- **MÁXIMO \$2,500** - Nosotros pagaremos los cargos actuales incurridos por una persona cubierta para las siguientes enfermedades cardiovasculares: Inserción de Marcapaso, Angioplastia y Cateterismo
- **MÁXIMO \$5,000** - Nosotros pagaremos por los cargos actuales incurridos por una persona cubierta por: Ataques al Corazón/ Derrames

| Edades | Individual                      | Pareja                          | 1 Padre / Hijos                 | Familiar                        |
|--------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 18-44  | <input type="checkbox"/> \$2.75 | <input type="checkbox"/> \$4.13 | <input type="checkbox"/> \$3.00 | <input type="checkbox"/> \$4.38 |
| 45-54  | <input type="checkbox"/> \$3.50 | <input type="checkbox"/> \$5.26 | <input type="checkbox"/> \$3.75 | <input type="checkbox"/> \$5.51 |
| 55-64  | <input type="checkbox"/> \$4.75 | <input type="checkbox"/> \$7.13 | <input type="checkbox"/> \$5.00 | <input type="checkbox"/> \$7.38 |
| 65-69  | <input type="checkbox"/> \$5.50 | <input type="checkbox"/> \$8.26 | N/A                             | N/A                             |

### Unidad Cuidado Intensivo (Intensive Care Unit (ICU))

- Beneficios se reducen EN UN 50% a los 70 años
- **POR DIA \$600** - Si una persona cubierta es hospitalizada en una unidad de cuidado intensivo de un hospital de beneficio diario, por cada día de dicha hospitalización que **no exceda de 30 días** durante cualquier período de hospitalización

| Edades | Individual                       | Pareja                           | 1 Padre / Hijos                  | Familiar                         |
|--------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 18-44  | <input type="checkbox"/> \$7.92  | <input type="checkbox"/> \$11.88 | <input type="checkbox"/> \$8.64  | <input type="checkbox"/> \$12.60 |
| 45-54  | <input type="checkbox"/> \$10.08 | <input type="checkbox"/> \$15.12 | <input type="checkbox"/> \$10.80 | <input type="checkbox"/> \$15.84 |
| 55-64  | <input type="checkbox"/> \$13.68 | <input type="checkbox"/> \$20.52 | <input type="checkbox"/> \$14.40 | <input type="checkbox"/> \$21.24 |
| 65-69  | <input type="checkbox"/> \$15.84 | <input type="checkbox"/> \$23.76 | N/A                              | N/A                              |

### Trasplante de Órgano (Organ Transplant (OT))

- Edad de Emisión: 18 a 64 - La cubierta del **endoso termina al asegurado alcanzar 65 años** de edad.
- Si se realiza un trasplante multi-organos, **se pagará solamente un beneficio...** trasplante que pague la **mayor** cantidad.
- Cuando un trasplante de órgano cubierto se ha realizado, por un asegurado, se pagará el beneficio del trasplante según **CONDICIÓN:**  
CORAZÓN • INTESTINO • PÁNCREAS • CORNEA • HÍGADO • PULMONES • MÉDULA ÓSEA • RIÑONES
  - **MÁXIMO \$175,000** - por cualquier trasplante de órgano (trasplante, enfermera privada, transportación & cuarto)
  - **HASTA \$500,000** por todos los trasplantes en la vida del asegurado

| Edades | Individual                      | Pareja                          | 1 Padre / Hijos                 | Familiar                        |
|--------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 18-44  | <input type="checkbox"/> \$3.75 | <input type="checkbox"/> \$5.16 | <input type="checkbox"/> \$4.44 | <input type="checkbox"/> \$5.85 |
| 45-54  | <input type="checkbox"/> \$4.00 | <input type="checkbox"/> \$5.50 | <input type="checkbox"/> \$4.69 | <input type="checkbox"/> \$6.19 |
| 55-64  | <input type="checkbox"/> \$4.80 | <input type="checkbox"/> \$6.60 | <input type="checkbox"/> \$5.49 | <input type="checkbox"/> \$7.29 |
| 65-69  | N/A                             | N/A                             | N/A                             | N/A                             |

Representative Name: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Puerto Rico Office: PMB 309 \* 35 calle Juan C Borbón STE 67 \* Guaynabo, PR 00969-5375

Phone: 787-789-1010 Fax: 787-287-1622

## PLAN D PÓLIZA SUPREMA

- Prueba de Detección del Cáncer: **\$100** por año calendario
- Beneficio por primera ocurrencia: **\$5,000**
- Beneficio por hospitalización diaria: **\$300** por día
- Beneficio Quirúrgicos: **\$4,000** máximo por cirugía
- Radiación y Quimioterapia: **\$7,500** por mes hasta **\$90,000** por año calendario
- Beneficio Extendido de hospitalización: luego del día 71, **\$1,000** por día
- Drogas recetadas y medicamentos: **20%** del beneficio de hospitalización diaria
- Ambulancia: **\$250**
- Hospital Gubernamental: **\$200** por día
- Cuidado Extendido: **\$100** por día
- Asistencia de un médico a un hospital: **\$50** por día
- Reconstrucción del seno y/o prótesis del seno: **\$5,000**
- Servicio de enfermera privada: **\$150** por día
- Cuidado en un hospicio: **\$100** por día
- Beneficio de cirugía ambulatoria: **\$375** por operación, medicamentos y laboratorios
- Beneficio de peluca: **\$100**
- Cáncer de piel: **\$150** por año calendario **\$600** Beneficio máximo
- Anestesia: **25%** del beneficio quirúrgico
- Miembro artificial y prótesis: **\$1,500**
- Opiniones quirúrgicas adicionales: **\$200** hasta 3 opiniones
- Tratamiento experimental: **\$10,000** máximo por vida
- Sangre, plasma sanguínea y plaquetas: **\$5,000** por año calendario
- Traslado y alojamiento de acompañante adulto: **\$50** por día **\$2,500** máximo hospitalización
- Transportación: cargos actuales
- Traslado y alojamiento para tratamiento no local que no requiere hospitalización: **\$1,500**
- Servicios de salud en el hogar: **\$60** por día
- Prueba de diagnóstico positivo ambulatoria: **\$250**
- Terapia física, ocupacional y de lenguaje: **\$50** por terapia **\$1,500** máximo de por vida
- Alquiler o compra de equipo médico: **\$1,000** por año calendario
- Consulta de un profesional de la salud: **\$50** por consulta **\$250** máximo por vida

### **Beneficios Incluidos: Beneficio Cuidado Critico (CCB), Unidad Cuidado Intensivo (ICU) & Trasplante de Órgano (OT)**

| Edades       | Individual                        | Pareja                            | 1 Padre / Hijos                   | Familiar                          |
|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>18-44</b> | <input type="checkbox"/> \$67.09  | <input type="checkbox"/> \$100.02 | <input type="checkbox"/> \$74.22  | <input type="checkbox"/> \$107.23 |
| <b>45-54</b> | <input type="checkbox"/> \$83.76  | <input type="checkbox"/> \$126.66 | <input type="checkbox"/> \$90.89  | <input type="checkbox"/> \$133.79 |
| <b>55-64</b> | <input type="checkbox"/> \$113.26 | <input type="checkbox"/> \$171.97 | <input type="checkbox"/> \$121.14 | <input type="checkbox"/> \$179.85 |
| <b>65-69</b> | <input type="checkbox"/> \$114.18 | <input type="checkbox"/> \$171.28 | N/A                               | N/A                               |

\*Endoso Trasplante de Órganos **NO** aplica



Plan D:

| Edades | Individual                       | Pareja                            | 1 Padre / Hijos                  | Familiar                          |
|--------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 18-44  | <input type="checkbox"/> \$52.67 | <input type="checkbox"/> \$78.85  | <input type="checkbox"/> \$58.14 | <input type="checkbox"/> \$84.40  |
| 45-54  | <input type="checkbox"/> \$66.18 | <input type="checkbox"/> \$100.78 | <input type="checkbox"/> \$71.65 | <input type="checkbox"/> \$106.25 |
| 55-64  | <input type="checkbox"/> \$90.03 | <input type="checkbox"/> \$137.72 | <input type="checkbox"/> \$96.25 | <input type="checkbox"/> \$143.94 |
| 65-69  | <input type="checkbox"/> \$92.84 | <input type="checkbox"/> \$139.26 | N/A                              | N/A                               |

**Beneficio Cuidado Critico (Critical Care Benefit (CCB))**

- **MÁXIMO \$2,500** - Nosotros pagaremos los cargos actuales incurridos por una persona cubierta para las siguientes enfermedades cardiovasculares: Inserción de Marcapaso, Angioplastia y Cateterismo
- **MÁXIMO \$5,000** - Nosotros pagaremos por los cargos actuales incurridos por una persona cubierta por: Ataques al Corazón/ Derrames

| Edades | Individual                      | Pareja                          | 1 Padre / Hijos                 | Familiar                        |
|--------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 18-44  | <input type="checkbox"/> \$2.75 | <input type="checkbox"/> \$4.13 | <input type="checkbox"/> \$3.00 | <input type="checkbox"/> \$4.38 |
| 45-54  | <input type="checkbox"/> \$3.50 | <input type="checkbox"/> \$5.26 | <input type="checkbox"/> \$3.75 | <input type="checkbox"/> \$5.51 |
| 55-64  | <input type="checkbox"/> \$4.75 | <input type="checkbox"/> \$7.13 | <input type="checkbox"/> \$5.00 | <input type="checkbox"/> \$7.38 |
| 65-69  | <input type="checkbox"/> \$5.50 | <input type="checkbox"/> \$8.26 | N/A                             | N/A                             |

**Unidad Cuidado Intensivo (Intensive Care Unit (ICU))**

- Beneficios se reducen EN UN 50% a los 70 años
- **POR DIA \$600** - Si una persona cubierta es hospitalizada en una unidad de cuidado intensivo de un hospital de beneficio diario, por cada día de dicha hospitalización que **no exceda de 30 días** durante cualquier período de hospitalización

| Edades | Individual                       | Pareja                           | 1 Padre / Hijos                  | Familiar                         |
|--------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 18-44  | <input type="checkbox"/> \$7.92  | <input type="checkbox"/> \$11.88 | <input type="checkbox"/> \$8.64  | <input type="checkbox"/> \$12.60 |
| 45-54  | <input type="checkbox"/> \$10.08 | <input type="checkbox"/> \$15.12 | <input type="checkbox"/> \$10.80 | <input type="checkbox"/> \$15.84 |
| 55-64  | <input type="checkbox"/> \$13.68 | <input type="checkbox"/> \$20.52 | <input type="checkbox"/> \$14.40 | <input type="checkbox"/> \$21.24 |
| 65-69  | <input type="checkbox"/> \$15.84 | <input type="checkbox"/> \$23.76 | N/A                              | N/A                              |

**Trasplante de Órgano (Organ Transplant (OT))**

- Edad de Emisión: 18 a 64 - La cubierta del **endoso termina al asegurado alcanzar 65 años** de edad.
- Si se realiza un trasplante multi-organ, **se pagará solamente un beneficio...** trasplante que pague la **mayor** cantidad.
- Cuando un trasplante de órgano cubierto se ha realizado, por un asegurado, se pagará el beneficio del trasplante según **CONDICIÓN: CORAZÓN • INTESTINO • PÁNCREAS • CORNEA • HÍGADO • PULMONES • MÉDULA ÓSEA • RIÑONES**
  - **MÁXIMO \$175,000** - por cualquier trasplante de órgano (trasplante, enfermera privada, transportación & cuarto)
  - **HASTA \$500,000** por todos los trasplantes en la vida del asegurado

| Edades | Individual                      | Pareja                          | 1 Padre / Hijos                 | Familiar                        |
|--------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 18-44  | <input type="checkbox"/> \$3.75 | <input type="checkbox"/> \$5.16 | <input type="checkbox"/> \$4.44 | <input type="checkbox"/> \$5.85 |
| 45-54  | <input type="checkbox"/> \$4.00 | <input type="checkbox"/> \$5.50 | <input type="checkbox"/> \$4.69 | <input type="checkbox"/> \$6.19 |
| 55-64  | <input type="checkbox"/> \$4.80 | <input type="checkbox"/> \$6.60 | <input type="checkbox"/> \$5.49 | <input type="checkbox"/> \$7.29 |
| 65-69  | N/A                             | N/A                             | N/A                             | N/A                             |

Representative Name: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
 Puerto Rico Office: PMB 309 \* 35 calle Juan C Borbón STE 67 \* Guaynabo, PR 00969-5375  
 Phone: 787-789-1010 Fax: 787-287-1622