



Comparador de Planes de Cobertura Nacional

| | Infinity | Infinity Plus | Infinity Kids | Infinity Kids Plus | Sigma | Hospicare | Convertibilidad | Gastos Médicos Mayores |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS | | | | | | | | |
| Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente | USD 500.000 | USD 500.000 | USD 500.000 | USD 500.000 | USD 100.000 | USD 70.000 | USD 150.000 | USD 500.000 |
| Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente para Enfermedades Crónicas, Catastróficas, Degenerativas y Raras | Como Cualquier incapacidad |
| Límite máximo para cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo | USD 10.000 |
| Periodo de Carencia para atención ambulatoria | 30 días |
| Periodo de Carencia para atención hospitalaria | 90 días |
| Periodo de Carencia para Accidentes, Enfermedades Infecciosas, apendicitis y colecistitis aguda | No Aplica |
| Periodo de Carencia para Emergencia Médica | 24 horas |
| Periodo de Carencia para Urgencia Médica | 24 horas |
| Periodo de Incapacidad | 365 días |
| Periodo de Acumulación de Cuentas | 180 días |
| Periodo de presentación de siniestros | 90 días |
| Servicio de Ambulancia | USD 100 |
| ATENCIÓN HOSPITALARIA | | | | | | | | |
| Cuarto y Alimento diario sin aplicación de Deducible ni Copago | USD 300 | USD 400 | USD 300 | USD 400 | USD 200 | USD 200 | USD 250 | 100% |
| Máximo de días por Cuarto y Alimento | Sin límite | Sin límite | Sin límite | Sin límite | 240 días | 240 días | 240 días | 240 días |
| Unidad de Cuidados Intensivos Diario sin aplicación de Deducible al | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Máximo de días por Unidad de Cuidados Intensivos | Sin límite | Sin límite | Sin límite | Sin límite | 240 días | 240 días | 240 días | 240 días |
| Copago por Incapacidad hospitalaria (Compañía / Titular y/o Dependiente) | 90% / 10% | 100% / 0% | 90% / 10% | 100% / 0% | 80% / 20% | 80% / 20% | 90% / 10% | 100% / 0% |
| Límite de Copago Hospitalario por año por Titular y/o Dependiente | USD 5.000 | No Aplica | USD 3.000 | No Aplica | USD 8.000 | USD 8.000 | USD 3.000 | No aplica |
| SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | | | | | |
| Copago por Incapacidad ambulatoria (Compañía / Titular y/o Dependiente) | 80% / 20% | 100% / 0% | 80% / 20% | 100% / 0% | 80% / 20% | 50% / 50% | 80% / 20% | 100% / 0% |
| Urgencia Médica por Accidente sin aplicación de deducible ni copago | USD 1.000 | No aplica | USD 1.000 | No aplica |
| Medicinas al | 80% | 100% | 80% | 100% | 80% | 80% | 80% | 100% |
| ATENCIÓN DE EMBARAZO | | | | | | | | |

