

Planes de salud para Guinea  
Ecuatorial

# Guía de prestaciones para empleados

Válida a partir del 1 de diciembre de 2015



**Allianz**   
Allianz Worldwide Care



# Su cobertura

Esta guía describe las prestaciones y los términos de su póliza de salud corporativa. Por favor, lea esta guía junto a su tabla de prestaciones y su certificado de seguro.

En el certificado de seguro encontrará los detalles del plan y el área de cobertura que su empresa ha elegido para usted y sus dependientes (si se han incluido en el contrato), así como la fecha de inicio y de renovación de su cobertura y la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Cabe señalar que le enviaremos un nuevo certificado de seguro cuando sea necesario efectuar cualquier cambio que la aseguradora tenga derecho a aplicar o que haya sido solicitado por su empresa, o bien que usted haya solicitado bajo aprobación de su empresa y aceptación de la aseguradora (como por ejemplo la incorporación de un dependiente).

Su tabla de prestaciones describe el plan seleccionado por su empresa y ofrece un listado de las prestaciones cubiertas. En la tabla de prestaciones se indica también qué prestaciones están sujetas al envío del formulario de garantía de pago y se confirman los límites de prestación, plazos de carencia, y copagos que podrían aplicarse a su cobertura. Las cantidades que aparecen en la tabla de prestaciones se indican en euros.

Si desea más información sobre el contrato de seguro firmado por su empresa, contacte con su administrador de póliza de grupo. Le confirmamos que los términos y condiciones de la afiliación podrían modificarse ocasionalmente previo acuerdo entre su empresa y Equatorial Guinean Insurance Company (EGICO), que actúa como aseguradora de este contrato en nombre de Allianz Worldwide Care.

La aseguradora es Equatorial Guinea Insurance Company, Apto 272, Avenida de la Libertad n° 115 – Bajo, Malabo, República de Guinea Ecuatorial.

El administrador del seguro es Allianz Worldwide Care SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa. Allianz Worldwide Care SA es parte de Allianz Group y es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro ("Code des Assurances"). Allianz Worldwide Care SA está registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS París. La sucursal irlandesa está registrada en el registro oficial de empresas de Irlanda con el número 907619 en la dirección: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

# Índice

Su cobertura	2-3
Definiciones	4-11
Exclusiones	12-16
Cláusulas adicionales	17-18
Información general	19-26
Guía práctica	Sección separable
• Acceder a la asistencia médica	
• Datos de contacto	

# Su cobertura

## Presentación

Su tabla de prestaciones describe el plan seleccionado por su empresa y ofrece un listado de las prestaciones cubiertas. El plan podría haber sido diseñado específicamente para su empresa, o podría ser uno de nuestros planes principales, combinado con uno de nuestros planes de asistencia ambulatoria, dental o de repatriación. La cobertura está sujeta a las definiciones, exclusiones y limitaciones de la póliza.

Encontrará información adicional acerca de la cobertura en el capítulo “Definiciones” de esta guía. Si desea más detalles o aclaraciones, no dude en contactar con la aseguradora.

Por favor, preste atención a los párrafos que siguen:

## Límites de las prestaciones

Existen dos tipos de límites en su tabla de prestaciones: el **límite máximo del plan**, que se aplica solamente a ciertos planes y que representa la cantidad de dinero máxima reembolsable (por persona y por año de seguro) relativa a todas las prestaciones del plan en conjunto; y el **límite de prestación**, que podría aplicarse por separado a alguna prestación. Los límites de prestación se aplican según criterios diferentes, por ejemplo “por año de seguro”, “por vida” o “por episodio” (o sea, “por viaje”, “por consulta” o “por embarazo”). En ciertos casos, los límites de prestación consisten en el hecho de que se reembolsa solamente un porcentaje de los costes médicos, por ejemplo “80%, hasta un límite establecido”. En ese caso, usted será responsable del pago del restante 20% de la factura, más cualquier otra cantidad que exceda el límite de la prestación. Las prestaciones sujetas a límites, o bien a reembolso total (“100%”), están de todas formas sujetas al límite máximo del plan (cuando lo haya). Todos los límites indicados en la tabla de prestaciones se entienden por asegurado y por año de seguro, salvo cuando se indique de otra forma.

Cabe señalar que normalmente las prestaciones de “Embarazo y parto” y “Complicaciones durante el parto” están sujetas a un límite de prestación que puede calcularse “por embarazo” o “por año de seguro”. El tipo de límite aplicado se especifica en la tabla de prestaciones. Si el límite de la prestación indica “por embarazo” y si el embarazo del caso abarca dos años de seguro, si el límite cambia a la hora de renovar la póliza, se aplicará lo que sigue:



*Los tratamientos hospitalarios para niños nacidos de partos múltiples como consecuencia de una reproducción médicamente asistida están cubiertos hasta el límite de 30.000€ por niño durante los tres primeros meses tras su nacimiento. Los tratamientos ambulatorios están cubiertos según los términos del plan de asistencia ambulatoria.*

- todos los gastos relativos a la prestación que se hayan ocasionado en el año 1, estarán sujetos al límite que se aplica en el año 1;
- todos los gastos relativos a la prestación que se hayan ocasionado en el año 2, estarán sujetos al límite que se aplica en el año 2, del que se deducirá la cantidad total reembolsada en el año 1 para la misma prestación;
- si el límite de la prestación disminuye en el año 2 y el límite actualizado ha sido alcanzado o superado por los costes cubiertos del año 1, no se pagará ninguna cantidad adicional.

## Necesidad médica y costes razonables y habituales

Esta póliza cubre los tratamientos médicos y los costes relacionados, los servicios y/o los suministros que se estimen necesarios y apropiados desde el punto de vista médico para tratar la enfermedad, trastorno o lesión del paciente. Los gastos médicos estarán cubiertos cuando sean "razonables y habituales", o sea cuando el importe de las facturas médicas se corresponda al importe estándar y habitual para el tratamiento médico del caso. Si la factura para un tratamiento es inadecuada, nos reservamos el derecho a reducir la suma a reembolsar.

# Definiciones

Las siguientes definiciones aclaran el sentido de las palabras y frases normalmente utilizadas en la documentación de nuestros planes de salud. Las prestaciones para las que está cubierto se listan en su tabla de prestaciones. Si su plan incluye alguna prestación exclusiva, la definición correspondiente aparecerá en la sección “Notas” al final de su tabla de prestaciones. Cuando algunos de los términos que siguen se mencionen en los documentos de su póliza, su significado será el que se indica a continuación.

- 1.1 **Accidente:** es un suceso inesperado y repentino, que provoca una lesión y que es debido a una causa externa al asegurado. La causa y los síntomas de la lesión tienen que estar médica y objetivamente definidos, deben poder diagnosticarse y requerir un tratamiento terapéutico.
- 1.2 **Agudo:** se refiere a una aparición repentina.
- 1.3 **Antecedentes familiares en el historial clínico:** existen cuando un padre, abuelo, hermano, hijo o tío han sido previamente diagnosticados con la enfermedad en cuestión.
- 1.4 **Año de seguro:** período que empieza en la fecha de comienzo de la póliza (indicada en el certificado de seguro) y que termina en la fecha de vencimiento indicada en el contrato corporativo. El año de seguro siguiente coincide con el año especificado en el contrato corporativo.
- 1.5 **Asegurado:** usted y sus dependientes, cuyos nombres están especificados en el certificado de seguro.
- 1.6 **Aseguradora/compañía/nosotros:** se refiere a EGICO en cuanto a la provisión del seguro y a Allianz Worldwide Care, que actúa a través de su sucursal irlandesa, en cuanto a la administración del seguro.
- 1.7 **Asistencia postnatal:** asistencia médica rutinaria que recibe la madre hasta seis semanas después del parto.
- 1.8 **Asistencia prenatal:** incluye las consultas y pruebas de detección común y seguimiento necesarias durante el embarazo. Para mujeres con más de 35 años de edad, la prestación incluye pruebas de triple screening o cribado, cuádruple y de espina bífida, amniocentesis y pruebas de ADN directamente relacionadas con la amniocentesis, si están directamente relacionadas con una amniocentesis elegible.
- 1.9 **Certificado de seguro:** documento emitido por nosotros en el que se indican los detalles de la póliza del asegurado. El documento confirma la existencia de un contrato de seguro entre la aseguradora y la empresa del asegurado.
- 1.10 **Cirugía ambulatoria:** intervención quirúrgica practicada en la consulta de un médico, hospital, clínica o ambulatorio que no requiere que el paciente permanezca en el centro médico durante la noche por necesidad médica.
- 1.11 **Cirugía dental:** extracciones de piezas dentales, apicectomías y tratamiento de otras afecciones bucales como deformaciones congénitas de la mandíbula (por ejemplo fisura de la mandíbula), fracturas y tumores. La cirugía dental no cubre ningún procedimiento quirúrgico que esté relacionado con implantes dentales.
- 1.12 **Complicaciones durante el embarazo:** se refiere a la salud de la madre. Sólo las siguientes complicaciones, que surgen durante las etapas prenatales del embarazo, están cubiertas: embarazo ectópico, diabetes gestacional, preeclampsia, aborto espontáneo, amenaza de aborto, muerte fetal y mola hidatiforme.
- 1.13 **Complicaciones durante el parto:** se refiere solamente a las siguientes condiciones que surgen durante el parto y que requieren un procedimiento obstétrico reconocido: hemorragia postparto y retención de placenta. Cuando el plan incluya también la prestación de “Embarazo y parto”, las cesáreas médicamente necesarias estarán igualmente incluidas bajo esta prestación.

- 1.14 **Contrato corporativo:** acuerdo entre nosotros y la empresa del asegurado que garantiza cobertura al mismo asegurado y a sus dependientes. En este documento se especifican los requisitos de cobertura, la fecha en la que la cobertura empieza a tener vigencia, las modalidades del proceso de renovación y el pago de las primas.
- 1.15 **Copago:** porcentaje de los gastos médicos que corre a cargo del asegurado. Los copagos se aplican por persona y por año de seguro, salvo cuando se indique de otra forma en la tabla de prestaciones del asegurado. Algunos planes podrían incluir un límite máximo de copago por asegurado y por año de seguro: en estos casos, el asegurado debe abonar los copagos solamente hasta el límite establecido en la tabla de prestaciones. Los copagos pueden aplicarse por separado a los planes principales, de asistencia ambulatoria, de atención dental o de repatriación – o bien, pueden aplicarse de manera combinada a todos los planes incluidos en una póliza.
- 1.16 **Cuidados a largo plazo:** se refiere a la atención durante un período prolongado de tiempo después de que se haya completado el tratamiento agudo, por lo general de una enfermedad crónica o incapacidad que requiera unos cuidados de forma periódica, intermitente o continua. Los cuidados a largo plazo se pueden proporcionar en el domicilio, en un centro comunitario, en un hospital o en un centro de recuperación.
- 1.17 **Cuidados de enfermería en el domicilio o en una clínica de recuperación médica:** se refiere a los cuidados de enfermería recibidos inmediatamente después o en lugar de una hospitalización o tratamiento en hospital de día. La prestación, si aparece en la tabla de prestaciones, se abonará solamente cuando el médico tratante decida (y nuestro Director Médico esté de acuerdo) que es médicamente necesario para el asegurado alojarse en un centro de recuperación o disponer de cuidados de enfermería en el domicilio. No se proporciona cobertura para balnearios, centros de cura y centros de salud o en relación con tratamiento paliativo o cuidados a largo plazo (ver definiciones 1.72 y 1.16).
- 1.18 **Dependiente:** cónyuge o pareja (incluso del mismo sexo) e hijos solteros (incluidos hijastros, hijos adoptivos o hijos acogidos) que dependen económicamente del asegurado y que sean menores de 18 años, o menores de 24 años si cursan estudios a tiempo completo, y que aparecen como asegurados dependientes en el certificado de seguro.
- 1.19 **Embarazo:** periodo de tiempo que se extiende desde el momento en que se diagnostica el embarazo hasta la fecha del parto.
- 1.20 **Embarazo y parto:** gastos que, desde el punto de vista médico, se estimen necesarios durante el embarazo y el parto y entre los que se incluyen los gastos hospitalarios, los honorarios de los especialistas, la atención pre y postnatal de la madre, los honorarios de la comadrona (para la asistencia proporcionada solamente durante el parto) y los cuidados necesitados por el recién nacido. Los costes derivados de complicaciones durante el embarazo y del parto no están cubiertos por esta prestación. Además, cualquier cesárea que no sea necesaria desde el punto de vista médico se cubre hasta el límite máximo representado por el coste de un parto natural llevado a cabo en el mismo hospital (esta condición está sujeta a los límites de la prestación). Si la prestación de “Parto en el domicilio” está incluida en el plan del asegurado, se pagará la cantidad a tanto alzado indicada en la tabla de prestaciones en caso de parto en el domicilio.
- 1.21 **Emergencia:** aparición repentina e imprevista de una dolencia que exige atención urgente. Solamente los tratamientos que se inician en un plazo de 24 horas tras el episodio de emergencia están cubiertos.
- 1.22 **Empresa:** compañía para la que trabaja el asegurado y cuyo nombre aparece en el contrato corporativo.
- 1.23 **Enfermedad crónica:** enfermedad, dolencia, patología o lesión que presenta una o más de las características siguientes:
- recurrencia;
  - sin una cura generalmente reconocida;
  - sin una buena respuesta general al tratamiento;
  - requiere tratamiento paliativo;
  - necesidad de supervisión u observación prolongadas;
  - conduce a una incapacidad permanente.

Consulte la tabla de prestaciones para confirmar si las enfermedades crónicas están cubiertas por su póliza.

- 1.24 **Especialista:** médico con la titulación y la experiencia necesarias para ejercer como especialista de las técnicas de diagnóstico, tratamiento y prevención en un campo específico de la medicina. Los psiquiatras y los psicólogos no están incluidos en esta prestación. Los tratamientos de psiquiatría y psicoterapia están cubiertos bajo una prestación separada que, si se ha seleccionado, aparece en la tabla de prestaciones.
- 1.25 **Evacuación médica:** sólo se aplica cuando el asegurado está fuera de Guinea Ecuatorial y el tratamiento requerido y cubierto por el plan no se encuentra disponible a nivel local, o bien cuando no se dispone de sangre compatible en casos de emergencia. En estos casos la compañía evacua al asegurado al centro médico adecuado más cercano (que puede o no encontrarse en el país de origen del asegurado). La evacuación médica debe ser solicitada por el médico del paciente y se lleva a cabo de la forma más económica posible teniendo en cuenta las necesidades médicas del paciente. Tras la finalización del tratamiento, se cubre el coste del viaje de regreso en clase turista del paciente evacuado a su país principal de residencia.

Si al recibir el alta del hospital tras haber recibido **tratamientos en hospitalización** las condiciones médicas del paciente no permitieran su evacuación o traslado, la prestación cubre los gastos de alojamiento hasta un máximo de siete días en un hotel de tres estrellas, en una habitación privada con baño. El alojamiento en suites u hoteles de cuatro o cinco estrellas o el alojamiento de un acompañante no están cubiertos.

Si el asegurado ha sido evacuado al centro médico adecuado más cercano para recibir un **tratamiento prolongado**, se cubren los gastos razonables de alojamiento en hotel, en una habitación privada con baño. El coste de dicho alojamiento tiene que ser más económico que el coste del transporte sucesivo entre el país principal de residencia y el centro médico adecuado más cercano. El coste de alojamiento para una persona acompañante no está cubierto.

Cuando la sangre compatible necesaria para transfusiones no esté disponible a nivel local, la aseguradora intentará, siempre que sea posible, localizar y transportar la sangre y el material de transfusión esterilizado, si el médico tratante lo requiere o si los médicos profesionales de la aseguradora lo aconsejan. EGICO, Allianz Worldwide Care y las personas que actúan para las compañías no tendrán responsabilidad en caso en que sus esfuerzos sean en vano o si la sangre o el material utilizado por los médicos tratantes estuviesen contaminados.

Los asegurados deben contactar con nosotros a la primera señal de que una evacuación médica es necesaria. Desde ese momento organizaremos y coordinaremos rápidamente todas las fases de la evacuación médica hasta que el asegurado alcance el centro médico de destino. Nos reservamos el derecho a rechazar el reembolso de los gastos incurridos cuando la evacuación no haya estado organizada por nosotros.

- 1.26 **Fisioterapia no prescrita:** tratamiento de fisioterapia proporcionado por un fisioterapeuta autorizado sin derivación del médico de cabecera. Si esta prestación está incluida en el plan del asegurado, la cobertura está sujeta al límite relativo al número de sesiones cubiertas que se indica en la tabla de prestaciones. Si se requieren sesiones adicionales a las cubiertas por el plan, es necesario presentar una prescripción del médico para que la cobertura continúe bajo la prestación separada de "Fisioterapia prescrita". La fisioterapia (tanto prescrita, como la combinación de fisioterapia prescrita y no prescrita) está inicialmente restringida a 12 sesiones por diagnóstico, después de las cuales el médico que ha derivado al paciente deberá visitarlo otra vez y comprobar sus condiciones. Si se requieren más sesiones de fisioterapia, debe enviarse a la aseguradora un informe médico en el que se indique la necesidad médica de continuar el tratamiento. La fisioterapia no incluye tratamientos como el Rolwing, los masajes, Pilates, terapia de fango y los "Milta".
- 1.27 **Fisioterapia prescrita:** tratamiento llevado a cabo por un fisioterapeuta cualificado tras la derivación del médico de cabecera. La fisioterapia está inicialmente restringida a 12 sesiones por diagnóstico, después de las cuales el médico que ha derivado al paciente deberá visitarlo otra vez y comprobar sus condiciones. Si se requieren más sesiones de fisioterapia, debe enviarse a la aseguradora un informe médico en el que se indique la necesidad médica de la continuación del tratamiento. La fisioterapia no incluye tratamientos como el Rolwing, los masajes, Pilates, terapia de fango y los "Milta".

- 1.28 **Gastos de acompañante del paciente evacuado o repatriado:** gastos de una persona que viaja con el paciente evacuado o repatriado. De no poder viajar en el mismo vehículo que la persona evacuada o repatriada, se reintegrarán los gastos de transporte en clase turista. Una vez finalizado el tratamiento, se cubrirán los gastos de regreso en clase turista con el objeto de que el acompañante vuelva al país donde se originó la evacuación o repatriación. La cobertura no incluye el alojamiento y otros gastos relacionados.
- 1.29 **Gastos de alojamiento en hospital para uno de los padres que acompañe a un paciente asegurado menor de edad:** gastos correspondientes a la estancia en el hospital para uno de los padres durante el período en el que el menor permanezca hospitalizado para recibir un tratamiento cubierto por su plan de salud. De no haber disponibilidad de camas en el hospital para uno de los padres, se reembolsarán los gastos equivalentes al coste de alojamiento en una habitación de hotel de tres estrellas. Los gastos adicionales, como comidas, llamadas telefónicas, periódicos, etc. no están cubiertos por esta prestación.
- 1.30 **Gastos de viaje de los asegurados en caso de fallecimiento o peligro de muerte de un miembro de la familia:** se refiere a los costes razonables de ida y vuelta en clase turista (hasta el límite especificado en la tabla de prestaciones) para que los asegurados puedan trasladarse al país en el que se encuentra un familiar de primer grado que ha fallecido o está en peligro de muerte. Se consideran familiares de primer grado: el cónyuge/pareja, el padre o la madre, hermanos/as e hijos (incluyendo hijos adoptivos, en acogida o hijastros). Las solicitudes de reembolso para esta prestación deben enviarse junto a un certificado de defunción, o bien un certificado del médico que justifique la necesidad del viaje de la familia, además de las copias de los billetes de transporte. La prestación puede pagarse solamente una vez durante toda la duración de la póliza. La cobertura no incluye gastos de alojamiento en hotel u otros gastos relacionados.
- 1.31 **Gastos de viaje para los familiares asegurados del asegurado evacuado o repatriado:** en caso de evacuación médica, se cubren los gastos razonables de transporte para todos los familiares asegurados del paciente evacuado, incluyendo menores que de lo contrario quedarían sin la supervisión de un adulto. Si los familiares no pueden viajar en el mismo vehículo del asegurado evacuado, la compañía cubre el coste de los billetes necesarios en clase turista. En caso de repatriación del asegurado, los gastos de transporte para todos sus familiares asegurados están cubiertos solo si el plan del asegurado incluye la cobertura opcional para repatriación médica. La cobertura no incluye gastos de alojamiento en hotel u otros gastos relacionados.
- 1.32 **Gastos de viaje para los familiares asegurados en caso de repatriación de restos mortales:** en caso de repatriación de restos mortales, la compañía cubre los gastos razonables de transporte para los familiares asegurados que hayan estado viviendo en el extranjero con el asegurado fallecido, para que puedan volver al país de origen del fallecido para el entierro, o bien al país que haya sido elegido para este fin. La cobertura no incluye gastos de alojamiento en hotel u otros gastos relacionados.
- 1.33 **Habitación en hospital:** se refiere a habitaciones dobles compartidas o habitaciones compartidas, según se indique en la tabla de prestaciones. Las habitaciones individuales, de lujo y suites no están cubiertas. La única excepción son los hospitales que solamente disponen de habitaciones individuales. En ese caso se cubre la habitación individual. Esta prestación se aplica sólo cuando la cobertura de la habitación en hospital no esté incluida en otra prestación del plan que cubre el tratamiento en hospitalización: en este caso, el coste de la habitación en hospital está incluido en la prestación que cubre el tratamiento para el que se requiere la hospitalización, hasta los límites indicados en la tabla de prestaciones. Ejemplos de prestaciones que, si aparecen en su tabla de prestaciones, incluyen la cobertura de la habitación en hospital hasta el límite de prestación indicado son: "Psiquiatría y psicoterapia", "Transplante de órganos", "Oncología", "Embarazo y parto", "Tratamiento paliativo" y "Cuidados a largo plazo".
- 1.34 **Honorarios de comadrona:** costes de asistencia ofrecida por una comadrona o asistente al parto en posesión de la titulación necesaria para ejercer la profesión en el país donde tiene lugar el parto.
- 1.35 **Honorarios de especialista:** costes relativos a tratamientos no quirúrgicos realizados o administrados por un especialista.
- 1.36 **Honorarios de médico de cabecera:** son debidos a tratamientos no quirúrgicos llevados a cabo o administrados por un médico de cabecera.

- 1.37 **Hospital:** instalación donde se ejercen la medicina y la cirugía, que cuenta con licencia de hospital en el país en el que se encuentra y donde el paciente permanece en constante observación médica. No se consideran hospitales los siguientes establecimientos: casas de reposo, residencias de ancianos, balnearios, centros de curación y otros centros de bienestar.
- 1.38 **Implantes quirúrgicos y prótesis:** partes del cuerpo artificiales y dispositivos que forman parte integral de una intervención quirúrgica o del tratamiento que deberá recibir el paciente tras la cirugía.
- 1.39 **Intervenciones quirúrgicas bucales:** intervenciones quirúrgicas, como la extracción de muelas del juicio, que sean practicadas en un hospital por un cirujano dentista o un cirujano máxilofacial. Las intervenciones que pueden ser efectuadas por un dentista no están cubiertas, a menos que la prestación dental en cuestión esté cubierta por el plan del asegurado, en cuyo caso la cobertura está sujeta a los límites de la prestación dental en cuestión.
- 1.40 **Logopedia:** tratamiento llevado a cabo por un logopeda cualificado para el tratamiento de defectos físicos diagnosticados, tales como obstrucción nasal, defectos neurogénicos (como parálisis de la lengua o daño cerebral) o bien defectos en la estructura bucal que afecten a la articulación (por ejemplo, la fisura palatina).
- 1.41 **Medicamentos con prescripción médica:** productos, como por ejemplo insulina, agujas o jeringuillas hipodérmicas, que requieren prescripción médica para el tratamiento de un diagnóstico o enfermedad confirmados, o bien para compensar la falta de sustancias necesarias en el organismo. La eficacia de los medicamentos con prescripción médica deberá ser clínicamente efectiva para la condición médica a tratar y deberá estar reconocida por el organismo farmacéutico regulador del país en el que los medicamentos se prescriban.
- 1.42 **Médico de cabecera:** médico profesional que tiene cualificación oficial para ejercer la profesión médica en el país donde lleva a cabo el tratamiento, dentro de los límites de su licencia.
- 1.43 **Necesidad médica:** se refiere a todos aquellos tratamientos, servicios o materiales médicos que se determinen necesarios y apropiados desde el punto de vista médico, y que tienen que ser:
- (a) esenciales para identificar y tratar la enfermedad, afección o lesión del paciente;
  - (b) coherentes con los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la dolencia del paciente;
  - (c) coherentes con las normas profesionales y la práctica de la medicina generalmente aceptada por la comunidad médica internacional actual;
  - (d) solicitados por razones que no sean la comodidad o conveniencia del paciente o de su médico;
  - (e) médicamente experimentados y de valor médico demostrable;
  - (f) apropiados para el tipo y nivel de servicio médico;
  - (g) prestados en las instalaciones apropiadas, en el marco apropiado y con un nivel apropiado de asistencia médica para el tratamiento de la enfermedad del paciente;
  - (h) proporcionados únicamente durante el periodo de tiempo que se estime apropiado.
- El término "apropiado", tal y como se usa en esta definición, se refiere tanto a la conveniencia para la salud del paciente como al coste del tratamiento requerido. Cuando se refiere a los tratamientos hospitalarios, la expresión "necesidad médica" indica también que el diagnóstico o el tratamiento no pueden ser realizados de forma ambulatoria de manera segura y eficaz.
- 1.44 **Obesidad:** se diagnostica cuando el índice de masa corporal (IMC) de una persona es superior a 30 (hay una calculadora de IMC disponible en nuestra página web [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com)).
- 1.45 **Oncología:** se refiere a los honorarios de especialistas, a las pruebas diagnósticas, radioterapia, quimioterapia y gastos de hospitalización que se ocasionen para planificar y llevar a cabo el tratamiento del cáncer, a partir del momento en el que se diagnostica la enfermedad.
- 1.46 **Ortodoncia:** uso de aparatos dentales para corregir la maloclusión y alinear los dientes de forma apropiada para su correcto funcionamiento.

- 1.47 **País de origen:** país del que el asegurado posee un pasaporte válido y/o al que desearía ser repatriado.
- 1.48 **País principal de residencia:** país en el que el asegurado y sus dependientes (si se aplica) residen durante al menos seis meses al año.
- 1.49 **Periodoncia:** tratamiento dental para enfermedades de las encías.
- 1.50 **Plazo de carencia:** periodo de tiempo que empieza en la fecha de inicio de la póliza (o la fecha de entrada en vigencia si se trata de un dependiente), durante el cual el asegurado no tiene cobertura para prestaciones específicas. Las prestaciones sujetas a plazos de carencia se indican en su tabla de prestaciones.
- 1.51 **Prótesis dentales:** coronas, restauraciones cerámicas, reconstrucciones adhesivas, puentes, dentaduras postizas e implantes, y todos los tratamientos adicionales necesarios.
- 1.52 **Pruebas diagnósticas:** investigaciones (como las radiografías o los análisis de sangre) que se efectúan para determinar las causas de los síntomas de un paciente.
- 1.53 **Psiquiatría y psicoterapia:** asistencia de un psiquiatra o psicólogo cualificado para el tratamiento de un trastorno mental. Dicho trastorno debe ser clínicamente significativo y no debe estar provocado por un evento especial como la muerte de un ser querido, problemas en las relaciones con los demás, problemas de estudio, de adaptación cultural o de estrés laboral. Todos los tratamientos que se lleven a cabo en hospitalización o en hospital de día deben incluir la prescripción de la medicación necesaria para tratar la enfermedad. La psicoterapia, tanto ambulatoria como hospitalaria, está cubierta solamente cuando se le diagnostica al asegurado o a sus dependientes por un psiquiatra, que deriva al paciente a un psicólogo clínico para tratamientos adicionales. Cuando esté cubierta por el plan, la psicoterapia ambulatoria está inicialmente restringida a 10 sesiones por patología, después de las cuales el paciente tendrá que hacerse visitar otra vez por el psiquiatra que le derivó. Al ser necesarias más sesiones de psicoterapia, debe enviarse a la aseguradora un informe médico en el que se indique la necesidad médica de continuar el tratamiento.
- 1.54 **Repatriación de restos mortales:** transporte de los restos mortales del asegurado difunto del país principal de residencia al país de entierro. La cobertura incluye, por ejemplo, los gastos de embalsamamiento, el coste de un contenedor para el transporte apropiado desde el punto de vista legal, los gastos de transporte y las autorizaciones gubernamentales necesarias. Los costes de incineración están cubiertos solamente cuando la incineración se requiera por razones legales. Los gastos de acompañante no están cubiertos, a menos que se indique lo contrario en la tabla de prestaciones.
- 1.55 **Repatriación médica:** es una cobertura opcional que, si se ha seleccionado, aparece en la tabla de prestaciones. Esta prestación, que solamente puede usarse cuando el asegurado esté fuera de Guinea Ecuatorial, implica que cuando el tratamiento necesario cubierto por su póliza no esté disponible a nivel local, el asegurado tiene la opción de solicitar la evacuación médica a su país de origen para recibir tratamiento, en lugar de trasladarse al centro médico adecuado más cercano. La repatriación puede efectuarse solamente si el país de origen del asegurado se encuentra en el área de cobertura de la póliza. Tras la finalización del tratamiento, se cubrirá también el coste del viaje de regreso del paciente evacuado a su país principal de residencia en clase turista. El viaje de regreso debe realizarse antes del transcurso de un mes tras la finalización del tratamiento.
- Los asegurados deben contactar con nosotros a la primera señal de que una repatriación médica es necesaria. Desde ese momento organizaremos y coordinaremos rápidamente todas las fases de la repatriación hasta que el asegurado alcance el centro médico de destino. Nos reservamos el derecho a rechazar el reembolso de los gastos incurridos cuando la repatriación no haya estado organizada por nosotros.
- 1.56 **Revisión del recién nacido:** exámenes rutinarios para comprobar la integridad física del recién nacido, así como el buen funcionamiento de sus órganos y su estructura ósea. Estos exámenes básicos tienen que llevarse a cabo inmediatamente tras el nacimiento. Pruebas diagnósticas adicionales, como el análisis de muestras, determinación del grupo sanguíneo y prueba de audición, no están cubiertas. Las pruebas y tratamientos adicionales médicamente necesarios están cubiertos por la póliza del recién nacido. Los

tratamientos hospitalarios para niños nacidos de partos múltiples como consecuencia de una reproducción médicamente asistida están cubiertos hasta el límite de 30.000 € por niño durante los tres primeros meses tras su nacimiento. Los tratamientos ambulatorios están cubiertos bajo los términos del plan de asistencia ambulatoria.

- 1.57 **Terapeuta:** quiropráctico, osteópata, herborista tradicional chino, homeópata, acupuntor, fisioterapeuta, logopeda o profesional de la terapia oculomotora que posee la titulación y licencia pertinentes para ejercer la profesión en el país en que se lleva a cabo el tratamiento.
- 1.58 **Terapia oculomotora:** tipo de terapia ocupacional para la sincronización de movimientos oculares en los casos en los que el paciente presente una falta de coordinación entre los músculos de los ojos.
- 1.59 **Terapia ocupacional:** tratamiento para el desarrollo de las habilidades motoras finas del individuo, la integración sensorial, la coordinación, el mantenimiento del equilibrio y otras habilidades como vestirse, comer y asearse, todo con el fin de facilitar la vida diaria del individuo y mejorar su interacción con el mundo en el ámbito físico y social.
- 1.60 **Transporte local en ambulancia:** transporte en ambulancia necesario en caso de emergencia o necesidad médica con el objeto de trasladarse al hospital o centro médico autorizado más cercano y apropiado.
- 1.61 **Trasplante de órganos:** intervención quirúrgica mediante la cual se efectúa el trasplante de uno o varios de los siguientes órganos y/o tejidos: corazón, válvula cardíaca, pulmón, hígado, páncreas/riñón, riñón, médula ósea, glándula paratiroides, córnea, así como trasplantes musculares y óseos. No están cubiertos los gastos de adquisición de órganos.
- 1.62 **Tratamiento:** procedimiento médico necesario para curar o aliviar los síntomas de una enfermedad o lesión.
- 1.63 **Tratamiento ambulatorio:** tratamiento recibido en un centro ambulatorio o consulta de un médico, terapeuta o especialista que no requiere hospitalización del paciente.
- 1.64 **Tratamiento complementario:** tratamiento terapéutico y diagnóstico que no pertenece a la medicina convencional occidental. Esta definición incluye la quiropráctica, osteopatía, medicina herbal china, homeopatía y acupuntura practicadas por terapeutas cualificados.
- 1.65 **Tratamiento de emergencia fuera del área de cobertura:** tratamiento médico de emergencia que el paciente necesita durante un viaje de negocios o vacaciones en un país fuera de su área de cobertura. La cobertura está limitada a un periodo máximo de seis semanas por viaje y al límite que se indica en la tabla de prestaciones. Esta prestación se cubre sólo en casos de accidente o manifestación repentina o empeoramiento imprevisto de una enfermedad grave, que representen una amenaza inmediata para la salud del paciente. El tratamiento debe estar proporcionado por un médico o especialista y debe comenzar en las primeras 24 horas tras el episodio que determinó la emergencia. Esta prestación no cubre cuidados de seguimiento o tratamientos curativos que no sean de emergencia, incluso en los casos en que el paciente no pueda viajar a un país que pertenezca a su área geográfica de cobertura para recibirlos. Los gastos médicos que se refieren al embarazo y al parto o a las complicaciones del embarazo y del parto no están cubiertos por esta prestación. Si el asegurado planea viajar por más de seis semanas a un país que se encuentra fuera del área de cobertura de su póliza, debe comunicarlo a su administrador de póliza de grupo.
- 1.66 **Tratamiento de rehabilitación:** tratamiento que puede ser una combinación de terapias de diferentes tipos, como la fisioterapia, la terapia ocupacional y la logopedia, y que es necesario para restablecer la forma y el funcionamiento normales tras una lesión o enfermedad aguda. El tratamiento de rehabilitación está cubierto solamente si comienza dentro de los primeros 14 días tras darse de alta el paciente del hospital, después de la finalización de un tratamiento médico o quirúrgico agudo, y cuando se proporciona en un centro de rehabilitación autorizado.
- 1.67 **Tratamiento dental:** incluye una revisión dental anual, empastes simples para el tratamiento de las caries y tratamiento del conducto radicular.

- 1.68 **Tratamiento dental hospitalario de emergencia:** se refiere a tratamientos dentales críticos de emergencia necesarios después de un accidente grave que requiera hospitalización. El tratamiento tiene que recibirse en las primeras 24 horas tras el episodio que ha causado la emergencia. Tenga en cuenta que la cobertura ofrecida por esta prestación no incluye tratamientos dentales rutinarios, cirugía dental, prótesis dentales, ortodoncia o periodoncia. Si se proporciona cobertura para estos tratamientos, en la tabla de prestaciones aparecerá una prestación específica para ellos.
- 1.69 **Tratamiento en hospital de día:** tratamiento planificado recibido en un hospital o centro ambulatorio durante el día, para el cual se requiere asistencia médica así como el uso de una habitación. El alta médica se concederá en el mismo día sin necesidad de que el paciente permanezca hospitalizado durante la noche.
- 1.70 **Tratamiento hospitalario:** tratamiento recibido en un hospital cuando sea médicamente necesario para el paciente permanecer ingresado durante la noche.
- 1.71 **Tratamiento ortomolecular:** se refiere al tratamiento para restablecer el entorno ecológico óptimo para las células del cuerpo mediante la corrección de las deficiencias moleculares basándose en la bioquímica individual. El tratamiento conlleva el uso de sustancias naturales como vitaminas, minerales, enzimas, hormonas, etc.
- 1.72 **Tratamiento paliativo:** se refiere a un tratamiento continuado necesario para aliviar el sufrimiento físico/ psicológico asociado con una enfermedad progresiva e incurable y para mantener una calidad de vida aceptable. El tratamiento hospitalario, en hospital de día o ambulatorio debe ser consecuencia de un diagnóstico de enfermedad terminal y llevado a cabo cuando se sabe que el paciente no puede curarse. La prestación incluye asistencia física y psicológica, estancia en hospital o residencia para enfermos terminales, asistencia de enfermería y medicamentos con prescripción médica.
- 1.73 **Tratamiento preventivo:** tratamiento recibido por un paciente que no presenta síntomas clínicos en el momento en el que lo recibe. Por ejemplo, en tratamiento preventivo puede ser la extracción de un tumor precanceroso (por ejemplo un lunar de la piel).
- 1.74 **Usted/asegurado:** persona que trabaja para la empresa asegurada. El nombre del asegurado aparece en su certificado de seguro.

# Exclusiones

Aunque nuestras pólizas cubran la mayoría de los tratamientos necesarios desde el punto de vista médico, los siguientes tratamientos, patologías y procedimientos no están cubiertos, salvo cuando se especifique lo contrario en la tabla de prestaciones o en cualquier otra cláusula adicional de la póliza.

1. Cualquier **tratamiento** o **medicamento** que sea razonable considerar **experimental** o **cuya eficacia no haya sido probada** en el marco de la práctica general de la medicina.
2. Cualquier **tratamiento efectuado por un cirujano plástico**, independientemente del hecho de que sea necesario por razones médicas o psicológicas, así como cualquier tratamiento cosmético o estético efectuado para mejorar el aspecto (incluso cuando esté prescrito por un médico). La única excepción es la cirugía reconstructiva necesaria para restaurar una función o la apariencia después de un accidente que haya causado desfiguración, o como resultado de cirugía para el cáncer, siempre que dicho accidente o cirugía hayan tenido lugar durante el período de afiliación.
3. Cuidados y tratamientos debidos a **drogadicción** y **alcoholismo**, incluidos los tratamientos de desintoxicación y los programas para dejar de fumar, así como los casos de muerte debida a drogadicción o alcoholismo y los tratamientos de cualquier enfermedad que en la opinión razonable de la aseguradora pueda ser relativa a, o derivada de la drogadicción o alcoholismo (por ejemplo, insuficiencia orgánica o demencia).
4. Cuidados y tratamientos para **enfermedades causadas intencionalmente** o **lesiones autoinfligidas**, incluido el intento de suicidio.
5. **Tratamientos alternativos**, excepto los que se indican en la tabla de prestaciones.
6. **Consultas ofrecidas y medicamentos prescritos** por el mismo asegurado, su cónyuge, sus padres o hijos.
7. Gastos relativos a un **terapeuta o asesor familiar** en casos de tratamientos ambulatorios de psicoterapia familiar o de pareja.
8. El coste de **medicación retroviral para el tratamiento del VIH** que esté cubierto por un plan de salud público.
9. **Desarrollo tardío**, a menos que el asegurado no haya alcanzado el desarrollo esperado para un niño de su edad en las áreas cognitivas y físicas. No se cubrirán los casos de retraso leve o temporal. El retraso del desarrollo deberá evaluarse por un médico cualificado y

deberá documentarse demostrando un retraso de al menos 12 meses en una de las áreas mencionadas.

10. Gastos para la **adquisición de un órgano**, como los originados por la búsqueda de un donante compatible, la extracción de órganos, la conservación, el transporte y la administración.
11. Gastos de tratamientos para **complicaciones directamente causadas por una enfermedad, lesión o tratamiento que están excluidos o limitados** según los términos del plan de salud escogido.
12. **Análisis genéticos**, salvo cuando el plan del asegurado incluye prestaciones específicas para ellos. Se hace excepción para las pruebas de ADN directamente relacionadas con la amniocentesis para las mujeres a partir de los 35 años de edad.
13. **Visitas médicas a domicilio**, salvo cuando sean necesarias por la manifestación imprevista de una patología aguda que no permita al asegurado desplazarse hasta la consulta de un médico o terapeuta.
14. **Tratamiento de la esterilidad**, incluyendo la reproducción asistida y eventuales consecuencias.
15. Pruebas diagnósticas y tratamiento de la **alopecia** o cualquier tipo de **trasplante de pelo**, a menos que la pérdida de pelo sea consecuencia del tratamiento del cáncer.
16. Pruebas diagnósticas y tratamiento de la **obesidad**.
17. Pruebas, tratamientos y complicaciones relacionadas con la **esterilización, disfunción sexual** (salvo cuando la enfermedad sea el resultado de prostatectomía radical debida a cirugía oncológica) y **anticoncepción**, incluyendo la inserción y extracción de aparatos anticonceptivos de cualquier tipo, aunque hayan sido prescritos por razones médicas. Los gastos para anticonceptivos están cubiertos solamente si se prescriben por un dermatólogo para el tratamiento del acné.
18. Evacuaciones/repatriaciones desde una **embarcación en el mar** hasta un centro médico en tierra.
19. **Honorarios de médicos** requeridos por **completar el formulario de solicitud de reembolso**, u otros gastos de administración.
20. **Tratamiento ortomolecular** (consulte la definición 1.71).
21. **Clases prenatales y postnatales**.

22. Productos clasificados como **vitaminas y minerales** (excepto durante el embarazo o para tratar síndromes con deficiencias vitamínicas clínicamente probadas) y suplementos como, por ejemplo, fórmulas infantiles y productos cosméticos especiales, aunque estén prescritos o recomendados por un médico y tengan efectos terapéuticos reconocidos. Los gastos relativos a consultas de dietista/nutricionista no están cubiertos, salvo cuando la prestación de “Consultas de dietista/nutricionista” aparezca en la tabla de prestaciones del asegurado.
23. Productos que puedan adquirirse **sin prescripción médica**, salvo cuando en la tabla de prestaciones figure alguna prestación específica que cubra estos costes.
24. **Operaciones de cambio de sexo** y tratamientos relacionados.
25. Gastos de **logopedia** debidos a retraso en el desarrollo, dislexia, dispraxia o trastornos expresivos del lenguaje.
26. Estancia en **centros terapéuticos, balnearios, termas y otros centros de recuperación o de salud**, aunque haya sido recomendada por un médico.
27. **Gastos de transporte** para ir o volver de las instalaciones médicas (incluidos los costes de aparcamiento) para recibir un tratamiento cubierto por el plan de salud, a menos que se trate de los gastos de transporte cubiertos por las prestaciones de transporte local en ambulancia, evacuación médica y repatriación médica.
28. La **interrupción voluntaria del embarazo**, salvo cuando la vida de la mujer embarazada esté en peligro.
29. Tratamientos directamente relacionados con la **maternidad de alquiler** y recibidos tanto por la madre de alquiler como por los padres que encargan la gestación.
30. Tratamientos para cualquier enfermedad, patología, lesión o muerte producida durante la **participación activa en conflictos bélicos, disturbios o alteración del orden público, terrorismo, actos criminales o ilegales o de defensa contra cualquier tipo de hostilidad extranjera**, independientemente del hecho de que se haya declarado o no una guerra.
31. Tratamientos para enfermedades debidas directa o indirectamente a **contaminación química, radiactividad o cualquier material nuclear**, incluidos los combustibles nucleares.
32. Tratamientos para los **trastornos de conducta, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, autismo, trastornos negativistas desafiantes, comportamientos antisociales, trastornos obsesivos compulsivos o fóbicos, trastornos del apego, problemas de adaptación, trastornos de la conducta alimentaria o de la personalidad**, o tratamientos que estimulen la creación de relaciones socioemocionales positivas, como la **terapia familiar**.

33. **Tratamientos en los Estados Unidos.**
34. Tratamientos para los **trastornos del sueño**, incluido el insomnio.
35. Tratamientos y pruebas diagnósticas para **lesiones originadas durante la práctica de deportes a nivel profesional.**
36. Tratamientos **fuera del área geográfica de cobertura**, excepto en casos de emergencia o de autorización previa por parte de la aseguradora.
37. Tratamiento para modificar la **refracción de un ojo o de ambos (corrección refractiva mediante láser).**
38. Tratamientos necesarios por **no haber seguido las indicaciones del médico o por no haber acudido a un médico.**
39. Tratamientos necesarios como consecuencia de **errores médicos.**
40. **Análisis genéticos de triple screening o cribado, cuádruple o de espina bífida**, excepto para mujeres a partir de los 35 años de edad.
41. **Medición de marcadores tumorales**, salvo cuando al afiliado se le ha diagnosticado previamente un cáncer (en este caso, la cobertura para la medición de marcadores tumorales está incluida bajo la prestación "Oncología").
42. Los **siguientes tratamientos, gastos y procedimientos**, así como las consecuencias adversas o complicaciones que puedan derivarse de ellos, salvo cuando que se indique lo contrario en la tabla de prestaciones:
  - 42.1 tratamiento dental rutinario, cirugía dental, periodoncia, ortodoncia y prótesis dentales, a excepción de intervenciones quirúrgicas bucales, cubiertas hasta el límite máximo del plan principal;
  - 42.2 honorarios de dietista/nutricionista;
  - 42.3 tratamiento dental de emergencia;
  - 42.4 gastos de acompañante del paciente evacuado o repatriado;
  - 42.5 revisión rutinaria de la salud/bienestar y pruebas para la detección temprana de enfermedades;
  - 42.6 parto en el domicilio;
  - 42.7 tratamiento de la esterilidad;
  - 42.8 psiquiatría y psicoterapia hospitalarias;
  - 42.9 repatriación médica;
  - 42.10 trasplante de órganos.

- 42.11 psiquiatría y psicoterapia ambulatorias;
- 42.12 asistencia ambulatoria;
- 42.13 gafas y lentes de contacto con prescripción médica, incluyendo revisión de la vista;
- 42.14 dispositivos de ayuda médica con prescripción;
- 42.15 tratamiento preventivo;
- 42.16 tratamiento de rehabilitación;
- 42.17 embarazo y parto;
- 42.18 gastos de viaje para los dependientes asegurados del asegurado evacuado o repatriado;
- 42.19 gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del asegurado;
- 42.20 gastos de viaje de los asegurados en caso de fallecimiento o peligro de muerte de un miembro de la familia;
- 42.21 vacunas.

# Cláusulas adicionales

A continuación se indican las cláusulas adicionales de su póliza:



1. **Legislación aplicable:** su afiliación está sujeta a las leyes de Guinea Ecuatorial, salvo cuando su marco legal lo disponga de otra manera. Cualquier disputa relativa a su contrato de seguro que no pueda resolverse de otra forma se presentará ante los tribunales de Guinea Ecuatorial.
2. **Cancelación y fraude:** en caso de solicitudes de reembolso de gastos médicos falsas, fraudulentas o intencionalmente exageradas, o si el asegurado, sus dependientes o terceros que actúen de parte del asegurado o de su propia iniciativa han utilizado medios fraudulentos con el objeto de beneficiarse de la cobertura ofrecida por la póliza de seguro, no pagaremos ninguna cantidad relativa a dicha solicitud. Todos los reembolsos de gastos médicos que se hayan efectuado antes de descubrir el fraude u omisión se nos deberán restituir de inmediato.



3. **Protección de datos:** la aseguradora obtiene y tramita la información personal para preparar presupuestos, llevar a cabo evaluaciones médicas para asignar cobertura, cobrar las primas, pagar los reembolsos y para cualquier otro objetivo directamente relacionado con la administración de las pólizas, de acuerdo con los términos del contrato de seguro. La confidencialidad de los datos de los pacientes y asegurados es de la máxima importancia para nosotros. El asegurado tiene derecho a acceder a sus datos personales contenidos en los registros de la aseguradora. También tiene derecho a solicitar corrección o cancelación de cualquier información que considere inexacta u obsoleta. La aseguradora guardará los datos del asegurado solamente hasta que se alcancen los objetivos para los que los solicitó.

4. **Elegibilidad:** solamente los empleados y sus dependientes que presentan las características descritas en el contrato corporativo tienen los requisitos para la cobertura.



5. **Causa mayor:** no podemos considerarnos responsables por ningún fallo o retraso en el desempeño de nuestras obligaciones contractuales cuando el fallo o retraso procedan de una causa mayor. Por causa mayor se entiende un acontecimiento imprevisible, fortuito o inevitable, como por ejemplo desastres por fenómenos atmosféricos, inundaciones, corrimientos de tierra, terremotos, tormentas, tormentas de rayos, incendios, hundimientos, epidemias, actos de terrorismo, acciones

de hostilidad militar (independientemente del hecho de que se haya declarado una guerra o no), disturbios, explosiones, huelgas u otras acciones de disturbio de la rutina laboral, alteración del orden público, sabotaje, expropiación por las autoridades gubernamentales y cualquier otro acto o acontecimiento ajeno al control de la compañía de seguros.

6. **Responsabilidad:** la responsabilidad de la aseguradora hacia el asegurado está limitada a las cantidades indicadas en la tabla de prestaciones y otras cláusulas adicionales de la póliza. Bajo ninguna circunstancia la cantidad del reembolso puede ser superior a la cantidad de la factura correspondiente a los gastos médicos solicitados, ya sea en virtud de la presente póliza o cualquier otro plan de salud nacional o de otro tipo.
7. **Contactar con los dependientes:** para poder administrar los beneficios de la póliza según lo establecido por contrato, en ocasiones podría ocurrir que necesitéramos solicitar información adicional a los asegurados. Si es necesario contactar con un dependiente (por ejemplo, cuando sea necesaria más información para tramitar una solicitud de reembolso), la aseguradora contactará con el asegurado principal que, en nombre del dependiente, proporcionará la información requerida. Asimismo, cualquier información necesaria para tramitar las solicitudes de reembolso que estén relacionadas con cualquiera de las personas cubiertas por la póliza se enviará directamente al asegurado principal.
8. **Responsabilidad frente a terceros:** si el asegurado o sus dependientes tienen derecho al reembolso del coste de una prestación para la que tienen cobertura bajo un plan nacional o cualquier otra póliza de seguro, nos reservamos el derecho a declinar la solicitud de reembolso. Si el asegurado tiene derecho al pago de una prestación por terceros, debe comunicárnoslo y proporcionar toda la información necesaria. El asegurado y los terceros no pueden llegar a ningún acuerdo económico definitivo o ignorar nuestros derechos a recuperar cantidades previamente reembolsadas sin que hayamos dado consentimiento previo por escrito. De lo contrario, tenemos derecho a exigir la restitución de las cantidades ya abonadas al asegurado y a cancelar la póliza. Tenemos plenos derechos de subrogación y podemos emprender acciones legales en contra del asegurado, aunque a nuestro propio cargo, para recuperar las cantidades abonadas al asegurado y que éste se haya hecho reembolsar también bajo otra póliza.

# Información general



## Inclusión de dependientes

El asegurado principal puede solicitar la inclusión de cualquier miembro de su familia como asegurado dependiente en la póliza de seguro, siempre que tenga derecho a efectuar la inclusión según el acuerdo vigente entre su empresa y la aseguradora. La notificación para incluir asegurados dependientes debe efectuarse a través de la empresa del asegurado principal, salvo cuando haya acuerdos diferentes.

Los hijos recién nacidos se incluyen en la cobertura a partir de su nacimiento, a condición de que se notifique a la aseguradora en las primeras cuatro semanas tras el nacimiento. Para la inclusión del bebé, el asegurado debe pedir a la persona de su empresa que habitualmente contacta con la aseguradora para los cambios en el listado de afiliación que solicite la incorporación del bebé. Si la notificación se realiza después de cuatro semanas tras el nacimiento, la cobertura de los niños recién nacidos entrará en vigencia a partir de la fecha de la notificación.

## Cambio de país de residencia

El asegurado debe informarnos cuando se mude a otro país, ya que esto podría causar variaciones en su cobertura o su prima, aunque se mude a un país que esté incluido en su área geográfica de cobertura. En algunos países, la cobertura está sujeta a restricciones legales relativas al seguro, especialmente cuando el asegurado sea residente en dichos países. El asegurado es responsable de cerciorarse de que su seguro médico es legalmente apropiado en el país en que reside. Por esta razón, la compañía recomienda consultarlo con un asesor jurídico, ya que, en caso de no ser válido el seguro en el país de residencia, la cobertura podría interrumpirse. La notificación del cambio de residencia debe hacerse a través de la empresa del asegurado, salvo cuando haya acuerdos diferentes con la aseguradora.

## Cambio de dirección postal o de correo electrónico

Cualquier cambio en la dirección del domicilio, del lugar de trabajo o del correo electrónico debe comunicarse lo antes posible por escrito a la aseguradora.

## Tratamiento hospitalario fuera de Guinea Ecuatorial

En caso de ser necesaria la hospitalización cuando el asegurado se encuentre fuera de Guinea Ecuatorial, siempre que sea posible y que se nos notifique con la antelación suficiente, organizaremos el pago directo de las facturas al hospital. El pago estará sujeto a los copagos y límites de la póliza.

Para todos los tratamientos hospitalarios se requiere el envío de un formulario de garantía de pago antes de que empiece el tratamiento. Encontrará más información acerca de la garantía de pago en la página 25.

## Tratamiento hospitalario en Guinea Ecuatorial

Tenemos acuerdos para el pago directo con una red de proveedores médicos en Guinea Ecuatorial. Esto le permite recibir tratamiento hospitalario en Guinea Ecuatorial sin pagar, ya que nosotros abonaremos los costes directamente a su proveedor médico. Tenga en cuenta que su plan solamente cubre tratamientos hospitalarios recibidos en Guinea Ecuatorial con los proveedores listados en su tabla de prestaciones.

Tenga en cuenta que la lista de proveedores médicos indicada en su tabla de prestaciones puede modificarse ocasionalmente. Llame a nuestra línea de asistencia telefónica para confirmar si el proveedor al que usted desea acudir está cubierto por su plan.

Cuando visite uno de estos proveedores simplemente muestre su tarjeta de afiliación. El proveedor se pondrá en contacto con nosotros directamente para realizar los trámites necesarios. Le abonaremos la factura directamente al proveedor (dentro de los límites de su plan).

## Solicitudes de reembolso

En relación con el tratamiento ambulatorio recibido fuera de Guinea Ecuatorial, deberá pagar la factura al proveedor y después solicitarnos el reembolso.

Es importante señalar que en Guinea Ecuatorial solamente se cubre el tratamiento ambulatorio recibido en los hospitales de la red indicada anteriormente.

Cuando solicite el reembolso de gastos médicos ocasionados dentro o fuera de Guinea Ecuatorial, recuerde que:



- a) Todas las solicitudes de reembolso deben enviarse no más tarde de seis meses tras la finalización del año de seguro. Si la cobertura se cancela antes de la finalización del año de seguro, las solicitudes de reembolso deben enviarse a la aseguradora no más tarde de seis meses tras la fecha de terminación de la cobertura. Transcurrido este período, la aseguradora no está obligada a pagar el reembolso.
- b) Debe enviarse un formulario de solicitud de reembolso independiente para cada persona que solicita un reembolso y para cada episodio médico reclamado.
- c) Es responsabilidad del asegurado guardar copia de todos los documentos originales (por ejemplo recibos médicos) que envíe a la aseguradora, ya que ésta se reserva el derecho a solicitar los originales hasta 12 meses tras el pago de un reembolso, por razones de control y prevención del fraude. La aseguradora tiene derecho a requerir un comprobante de pago (por ejemplo un extracto del banco o el recibo de la tarjeta de crédito) que confirme el pago de los gastos médicos por parte del asegurado. Además, es responsabilidad del asegurado guardar copia de toda la correspondencia que mantenga con la aseguradora, ya que ésta no puede considerarse responsable por no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a su control.
- d) Especifique en el formulario de solicitud de reembolso la divisa en la que desea recibir el pago. Lamentablemente, en ocasiones la compañía podría no tener la oportunidad de efectuar el pago en la divisa elegida, debido a reglamentaciones bancarias internacionales. Si esto ocurre, la compañía efectuará el pago en otra divisa que sea apropiada al caso. Cuando sea necesario convertir una cantidad de una divisa a otra, se utilizará el tipo de cambio en vigencia en la fecha de emisión de las facturas, o en la fecha de pago del reembolso.
- e) Solamente los gastos relativos a tratamientos cubiertos se reembolsarán dentro de los límites de la póliza, teniendo en cuenta cualquier garantía de pago necesaria, y se deducirá cualquier copago que figure en la tabla de prestaciones.
- f) Si el médico del asegurado pide el pago de un depósito antes de realizar un tratamiento médico, el reembolso de los costes se le abonará al asegurado cuando acabe el tratamiento entero.

- g) El asegurado y sus dependientes se comprometen a colaborar con la aseguradora en la obtención de la información necesaria para tramitar las solicitudes de reembolso. La aseguradora tiene derecho a acceder al historial médico del asegurado y a establecer contacto directo con el proveedor del servicio médico. Asimismo, la aseguradora se reserva el derecho a solicitar una revisión médica llevada a cabo por un médico nombrado por la misma aseguradora, cuando ésta lo considere oportuno. Toda la información se tramitará con la más estricta confidencialidad. La cobertura de ciertas prestaciones podría retirarse cuando el asegurado o sus dependientes incumplan las obligaciones anteriormente citadas.

## Correspondencia

Las comunicaciones escritas se nos deben enviar por correo electrónico o por correo postal con franqueo pagado. Normalmente los documentos originales no se devuelven a los asegurados, salvo cuando el asegurado lo solicite en el momento de enviar la documentación.



## Países donde el asegurado puede recibir tratamiento

Cuando el tratamiento médicamente necesario para el que usted está cubierto no esté disponible a nivel local, puede recibirlo en cualquier otro país de su área geográfica de cobertura (ésta se especifica en su certificado de seguro). Para recibir el reembolso de los gastos del tratamiento o de los gastos de transporte, debe enviar un formulario de garantía de pago a la aseguradora, para la aprobación de los costes antes de salir de viaje.

Cuando el tratamiento médico necesario cubierto por su plan esté disponible a nivel local, pero usted decida recibirlo en otro país incluido en su área geográfica de cobertura, la aseguradora le reembolsará los gastos médicos cubiertos según los límites de su plan, pero no le abonará los gastos de viaje.

Usted está cubierto para los costes elegibles que se ocasionen en su país de origen, a condición de que el país de origen se encuentre en su área geográfica de cobertura.

## Finalización de la afiliación

La empresa del asegurado puede finalizar la afiliación de éste o la afiliación de cualquiera de sus dependientes notificando a la aseguradora por escrito. La aseguradora no puede adelantar la finalización de la cobertura. La afiliación del asegurado termina automáticamente:

- al finalizar el año del seguro, si el contrato entre la empresa y nosotros no se renueva;
- si la empresa decide terminar y no renovar la cobertura del asegurado;
- si la empresa no abona las primas o cualquier otra cantidad adeudada según el contrato corporativo;
- si usted es responsable del pago de las primas y no las abona o no abona cualquier otra cantidad adeudada según el contrato corporativo con nosotros;
- si el contrato de trabajo del asegurado con su empresa finaliza;
- si el asegurado principal de la póliza fallece.

Tenemos derecho a cancelar la afiliación de una persona y la de todos sus dependientes especificados en el certificado de seguro si existen pruebas suficientes que indiquen que dicha persona ha engañado o ha intentado engañar a la compañía. El acto de engañar incluye facilitar información falsa u ocultar datos importantes a la aseguradora, y colaborar con terceros para proporcionar datos falsos, ya sea de forma deliberada o involuntaria. Estos elementos pueden condicionarnos en nuestra decisión sobre:

- la idoneidad del asegurado principal o de sus dependientes para recibir cobertura;
- la prima que debe abonarse;
- la oportunidad de abonar prestaciones.

## Comentarios y quejas

Para cualquier comentario o queja, el asegurado debe contactar primero con la línea de asistencia telefónica (+353 1 630 1304). Si no podemos resolver su problema por teléfono, envíenos un correo electrónico, un fax, o escriba a la dirección:

[client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

Allianz Worldwide Care  
15 Joyce Way  
Park West Business Campus  
Nangor Road  
Dublín 12  
Irlanda

## Terceros

Ningún tercero (excepto representantes nombrados por el asegurado y el administrador de póliza de grupo) tiene derecho a realizar o confirmar cambios relacionados con la cobertura en nombre del asegurado, y tampoco a decidir no respetar los derechos de la aseguradora. Ningún cambio en la afiliación tiene validez si no ha sido acordado entre su empresa y nosotros.

## Pago de primas

Su empresa es responsable del pago de las primas por su afiliación y la de cualquier dependiente que esté incluido en el contrato corporativo, además de cualquier otra cantidad pagable (por ejemplo impuestos sobre la prima del seguro). Tenga en cuenta que usted podría ser responsable del pago de algunos impuestos sobre las primas de seguro que abona su empresa. Para más información, comuníquese con su empresa.

## Vencimiento de la póliza

Al vencer la póliza, el derecho del asegurado al reembolso de los gastos médicos finaliza. Todos los gastos cubiertos por la póliza de seguro y ocasionados durante el periodo de cobertura pueden reembolsarse hasta seis meses después del vencimiento de la póliza. Sin embargo, los tratamientos que sigan recibándose o que se prescriban tras el vencimiento de la póliza no estarán cubiertos.

## Renovación de la afiliación

La renovación de la cobertura de los asegurados (y la de sus dependientes, si están incluidos en la póliza) está sujeta a la renovación de su afiliación por parte de su empresa a través de la renovación del contrato corporativo.



## Garantía de pago

En la tabla de prestaciones del asegurado se indican las prestaciones que están sujetas a preautorización, a través del envío de un formulario de garantía de pago a la aseguradora: El envío del formulario debe hacerse con antelación al tratamiento. Salvo cuando se haya acordado de manera diferente con la empresa del asegurado, al no obtener la garantía de pago para las prestaciones que la requieren, se aplica lo siguiente:

- si se demuestra posteriormente que el tratamiento recibido no era médicamente necesario, **la aseguradora se reserva el derecho a rechazar la solicitud de reembolso** correspondiente;
- para las prestaciones marcadas en la tabla de prestaciones con la nota **1**, **la aseguradora se reserva el derecho a rechazar la solicitud de reembolso** correspondiente. Si posteriormente se demuestra que el tratamiento era médicamente necesario, la aseguradora abonará el **80%** de la prestación cubierta por el plan;
- para las prestaciones marcadas en la tabla de prestaciones con la nota **2**, **la aseguradora se reserva el derecho a rechazar la solicitud de reembolso** correspondiente. Si posteriormente se demuestra que el tratamiento era médicamente necesario, la aseguradora abonará el **50%** de la prestación cubierta por el plan.

## Tratamientos necesarios por culpa de terceros

Si se solicita el reembolso de gastos médicos necesarios por culpa de terceros, el asegurado debe escribir a la compañía y notificarlo lo antes posible (por ejemplo cuando necesite recibir tratamientos para una lesión provocada en un accidente de tráfico del que no tiene responsabilidad). En estos casos, el asegurado debe hacer lo posible para obtener los datos del seguro del tercero responsable, para que podamos recuperar el coste del reembolso de sus gastos médicos de la aseguradora del tercero. Si el asegurado consigue por terceros el reembolso de cualquier tratamiento que le hayamos reembolsado, deberá restituir la cantidad (así como cualquier interés derivado) que la aseguradora le haya abonado.

## Inicio de la cobertura para el asegurado principal y sus dependientes

El seguro es válido a partir de la fecha de inicio que aparece en el certificado de seguro y finaliza en la fecha de renovación del contrato corporativo, la cual se indica también en el certificado de seguro. Normalmente la cobertura dura un año, salvo cuando haya acuerdos diferentes entre la empresa y nosotros o cuando el asegurado se incorpore a mediados de año. Cuando termine el periodo de validez de la cobertura, la empresa del asegurado podrá renovar la póliza según los términos y condiciones de póliza válidos en ese momento. Dichos términos serán vinculantes para el asegurado.

Si algunos familiares están incluidos como dependientes en la póliza del asegurado, su cobertura tendrá vigencia a partir de la fecha de comienzo que se indica en el certificado de seguro. La afiliación de los dependientes seguirá vigente mientras el asegurado principal siga siendo miembro del grupo asegurado. Si los hijos del asegurado principal están incluidos en la póliza, su cobertura durará hasta que superen el límite de edad establecido. La cobertura de los hijos dependientes termina el día anterior a su 18 cumpleaños, o el día anterior a su 24 cumpleaños si cursan estudios a tiempo completo.

# Notas



# Guía práctica

*Puede separar esta sección del resto del documento y llevarla consigo, para tener a mano toda la información que necesita para beneficiarse de su cobertura. Tenga en cuenta que su cobertura está sujeta a las definiciones, exclusiones y límites de prestaciones que se detallan en la guía de prestaciones completa.*



**Allianz**   
Allianz Worldwide Care

# Acceder a la asistencia médica

Lo primero que debe hacer al necesitar asistencia médica es comprobar si su plan ofrece cobertura para el tratamiento que requiere. Consulte su tabla de prestaciones para confirmar qué prestaciones están incluidas en su plan, y llame a la línea de asistencia telefónica si tiene dudas o preguntas.

## Recuerde que algunas prestaciones están sujetas a preautorización.

Para las prestaciones siguientes, debe solicitar la preautorización enviando un formulario de garantía de pago:

- todos los tratamientos a recibir en hospitalización;
- tratamiento en hospital de día;
- gastos de acompañante del paciente evacuado o repatriado;
- diálisis renal;
- cuidados a largo plazo;
- evacuación médica (o repatriación, si está incluida en el plan);
- resonancia magnética;
- cuidados de enfermería en el domicilio o en una clínica de recuperación médica;
- terapia ocupacional (la preautorización se requiere sólo cuando la terapia se reciba de forma ambulatoria);
- oncología (la preautorización se requiere sólo cuando el tratamiento se reciba en hospitalización o en hospital de día);
- cirugía ambulatoria;
- tratamiento paliativo;
- TEP (tomografía de emisión de positrones) y TAC-TEP;
- tratamiento de rehabilitación;
- repatriación de restos mortales;
- embarazo y parto, complicaciones durante el embarazo y durante el parto (la preautorización se requiere sólo cuando el tratamiento se reciba en hospitalización);
- gastos de viaje para los familiares asegurados del asegurado evacuado (o repatriado, si la repatriación está cubierta bajo el plan seleccionado);
- gastos de viaje para los familiares asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del asegurado.

*Enviar el formulario de garantía de pago le permite a la aseguradora evaluar su caso médico y abonar los gastos directamente al hospital. Cuando la garantía de pago no se obtenga para las prestaciones para las que se requiere, la aseguradora podría rechazar la solicitud de reembolso de los gastos médicos relativos. La información completa sobre la garantía de pago se encuentra en la página 25.*

## Evacuaciones y repatriaciones

A la primera señal de que una evacuación o repatriación es necesaria, llame a la línea de asistencia telefónica (disponible 24 horas al día - número de teléfono en el dorso de esta guía) y nos encargaremos de todo. Tratándose de una emergencia, le aconsejamos que nos llame por teléfono. Sin embargo, si lo prefiere, puede contactarnos por correo electrónico: [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com). Si prefiere enviar un correo electrónico, por favor incluya "Urgente - evacuación/repatriación" en el asunto. Por favor, contacte con nosotros antes de acudir a proveedores alternativos de servicios de evacuación para evitar facturas potencialmente infladas y posibles demoras en los trámites de transporte del paciente a evacuar. Nos reservamos el derecho a rechazar el reembolso de los gastos incurridos cuando la evacuación/repatriación no haya estado organizada por nosotros.

Tenga en cuenta que las evacuaciones y repatriaciones solamente están disponibles cuando los asegurados se encuentran fuera de Guinea Ecuatorial.

## Tratamiento hospitalario fuera de Guinea Ecuatorial

1. Descargue el formulario de garantía de pago de nuestra página web:  
[www.allianzworldwidecare.com/equatorialguinea](http://www.allianzworldwidecare.com/equatorialguinea)
2. Complételo y envíelo con una antelación de al menos cinco días laborables antes del comienzo de su tratamiento, por:
  - correo electrónico a la dirección [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com)
  - fax al número +353 1 653 1780 o por correo postal a la dirección indicada en el mismo formulario.

Tenga en cuenta que si llama a nuestra línea de asistencia telefónica, podemos aceptar solicitudes de garantía de pago por teléfono cuando su tratamiento tenga que empezar antes de 72 horas.

## Tratamiento hospitalario en Guinea Ecuatorial

Tenemos acuerdos para el pago directo con una red de proveedores médicos en Guinea Ecuatorial. Esto le permite recibir tratamiento hospitalario en Guinea Ecuatorial sin pagar, ya que nosotros abonaremos los costes directamente a su proveedor médico. El tratamiento hospitalario recibido en Guinea Ecuatorial solamente está cubierto en nuestra red de proveedores (indicada en la tabla de prestaciones).

### En el caso de una emergencia:

1. reciba el tratamiento de emergencia que necesita y llame a la línea de asistencia telefónica si necesita ayuda;
2. recuerde que es necesario que el asegurado, su médico, uno de sus dependientes o una persona de confianza nos informe de la hospitalización en un plazo de **48 horas** tras el acontecimiento, llamando a la línea de asistencia telefónica. Puede completar el formulario de garantía de pago por teléfono en caso de una emergencia.



## Asistencia ambulatoria o dental

Al acudir al médico, dentista o especialista de manera ambulatoria, debe abonar los costes y luego solicitar el reembolso a la aseguradora.

Es importante señalar que en Guinea Ecuatorial solamente se cubre el tratamiento ambulatorio recibido en los hospitales de nuestra red de proveedores médicos (indicada en la tabla de prestaciones).

Cuando solicite el reembolso de gastos médicos ocasionados dentro o fuera de Guinea Ecuatorial, simplemente descargue un formulario de solicitud de reembolso de nuestra página web: [www.allianzworldwidecare.com/equatorialguinea](http://www.allianzworldwidecare.com/equatorialguinea) y siga los siguientes pasos:

1. pida a su médico/dentista una factura que indique su nombre, la fecha del tratamiento, el diagnóstico o la enfermedad tratada, la fecha en la que se han manifestado los síntomas, el tipo de tratamiento recibido y el coste facturado;
2. complete las secciones de 1 a 4 y la sección 7 del formulario de solicitud de reembolso. Las secciones 5 y 6 deben completarse por el médico/dentista si la factura que le proporcionan no indica el diagnóstico y el tipo de tratamiento recibido;
3. envíe el formulario y la documentación de referencia (facturas, recibos, etc.) por:
  - correo electrónico a [claims@allianzworldwidecare.com](mailto:claims@allianzworldwidecare.com)
  - fax al +353 1 645 4033 o por correo postal a la dirección indicada en el mismo formulario.

*Si en su solicitud de reembolso no se indica el diagnóstico, la aseguradora no puede tramitar su reembolso y debe contactar con usted o con su médico para pedir la información que falta.*

*Encontrará más información sobre el proceso de reembolso en las páginas 20-22.*



# Datos de contacto

Para consultas, no dude en ponerse en contacto con nosotros:

**Línea de asistencia telefónica (24 horas al día, 7 días a la semana) - para información en general y para asistencia en las emergencias**

Correo electrónico: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)  
Fax: + 353 1 630 1306

## **Teléfono:**

Español: + 353 1 630 1304  
Inglés: + 353 1 630 1301  
Alemán: + 353 1 630 1302  
Francés: + 353 1 630 1303  
Italiano: + 353 1 630 1305  
Portugués: + 353 1 645 4040

*Las llamadas realizadas a la línea de asistencia telefónica se graban y podrían utilizarse para formación del personal y control de calidad y legalidad. Sólo el asegurado (o una persona designada para actuar en su nombre) o el administrador de la póliza de grupo pueden solicitar cambios en la póliza. Cuando llame para una consulta sobre su póliza corporativa, el equipo de la línea de asistencia telefónica le pedirá contestar a unas preguntas de seguridad para confirmar su identidad.*

**Dirección:** Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.

La aseguradora es Equatorial Guinea Insurance Company, Apto 272, Avenida de la Libertad nº 115 – Bajo, Malabo, República de Guinea Ecuatorial.

El administrador del seguro es Allianz Worldwide Care SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa. Allianz Worldwide Care SA es parte de Allianz Group y es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro ("Code des Assurances"). Allianz Worldwide Care SA está registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS París. La sucursal irlandesa está registrada en el registro oficial de empresas de Irlanda con el número 907619 en la dirección: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.