



# Guía de prestaciones para empleados

**Summit – Planes médicos internacionales**

Validez: 1 de agosto de 2023

# Bienvenido

Tú y tu familia podéis confiar en que Allianz Care, como tu aseguradora, os dará acceso a la mejor atención posible.

Esta guía tiene dos partes: «Cómo usar tu cobertura» es un resumen de toda la información importante que se suele usar frecuentemente. «Condiciones generales» explica tu cobertura con más detalle.

Para sacarle el mejor partido a tu plan internacional de salud lee esta guía junto a tu certificado de seguro y la tabla de prestaciones.

## Cómo usar tu cobertura

Servicios	5
Entendiendo cómo funciona tu cobertura	16
¿Necesitas atención médica?	20
Información adicional sobre el reembolso de tus gastos	26

## Condiciones generales de la cobertura

Condiciones generales	30
Administración de tu póliza	31
Pago de primas	37
Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura	39
Protección de datos	42
Protocolo para quejas	43
Definiciones	44
Exclusiones	58

Este documento es la traducción al español del documento original en inglés. La versión en inglés es la única original y autorizada. Si se encontraran discrepancias entre la versión en español y la versión en inglés, solamente la versión en inglés se consideraría legalmente vinculante.

AWP Health & Life SA está sujeta a la autoridad francesa de control prudencial (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) situada en 4, place de Budapest, CS 92459 75 436 París Cedex 09.

AWP Health & Life SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa, es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro («Code des Assurances»). Registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS Bobigny. La sucursal irlandesa está inscrita 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. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life SA.

# Cómo usar tu cobertura




# Servicios

Queremos darte el nivel superior de servicio que te mereces. En las siguientes páginas te describimos la amplia gama de servicios que ofrecemos. Sigue leyendo para ver todo lo que puedes aprovechar, desde nuestros servicios digitales MyHealth hasta el programa de asistencia al empleado.

## Habla con nosotros, nos encanta ayudar

Nuestra línea multilingüe de asistencia está disponible las 24 horas para resolver cualquier duda sobre tu póliza o si necesitas ayuda en una emergencia.

Línea de asistencia

 Teléfono: **+353 1 630 1304**

El listado actualizado de nuestros números gratuitos está en la página web:

[www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html](http://www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html)

 Correo electrónico: **client.services@e.allianz.com**

 Fax: **+353 1 630 1306**

### ¿Sabías que...

...la mayoría de nuestros afiliados considera que sus consultas se resuelven más rápidamente cuando nos llaman?

## Servicios digitales MyHealth

MyHealth, disponible como aplicación móvil o como portal online, te da un acceso fácil y cómodo a tu cobertura, sin importar dónde estás o qué dispositivo usas.

### Funciones de la aplicación y el portal MyHealth



#### **Mi póliza**

Accede a tus documentos de póliza y tarjeta de afiliado sobre la marcha.



#### **Mis solicitudes de reembolso**

Envía tus solicitudes en 3 sencillos pasos y consulta el historial de solicitudes.



#### **Mis contactos**

Accede a nuestra línea multilingüe de asistencia 24 horas. También hay un chat en tiempo real disponible (en inglés y sólo en el portal online).



#### **Comprobador de síntomas**

Evaluación fácil y rápida de tus síntomas.



#### **Buscador médico**

Localiza proveedores médicos cercanos.



#### **Asistente de farmacia**

Busca el equivalente local de marcas de medicamentos.



#### **Traductor de términos médicos**

Traduce nombres de enfermedades comunes a 17 idiomas.



#### **Números de emergencia**

Acceso a números locales de emergencia en todo el mundo.

### Otras funciones útiles

- Actualiza tus datos online: correo electrónico, teléfono, contraseña, dirección (si es en el mismo país que la anterior dirección), preferencias de marketing, etc.
- Consulta el límite restante de cada prestación, que está en tu tabla de prestaciones
- Paga la prima online y consulta los pagos
- Añade o cambia los datos de tu tarjeta de crédito (si pagas tú la prima en lugar de tu empresa)

Toda la información personal de los servicios digitales MyHealth está encriptada para tu protección.

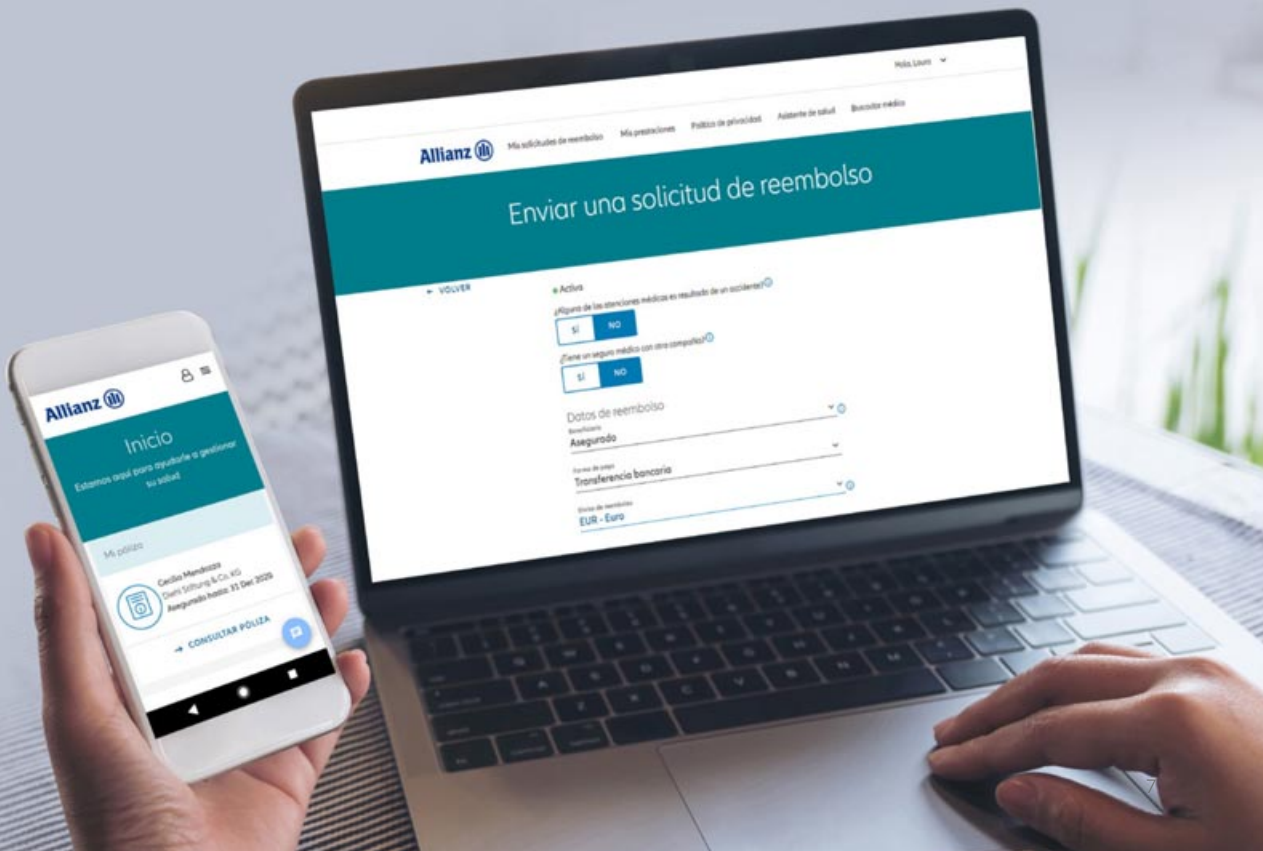
## Para empezar:

1. Entra en el portal MyHealth para registrarte. Ve a <https://my.allianzcare.com/myhealth>, haz clic en «REGÍSTRATE AQUÍ» al final de la página y sigue las instrucciones. Ten listo tu número de póliza, que encontrarás en tu certificado de seguro.
2. También puedes registrarte en la aplicación MyHealth. Para descargarla, busca «Allianz MyHealth» en Apple App Store o el servicio Google Play de Android.



3. Una vez registrado, puedes usar el correo electrónico (nombre de usuario) y la contraseña que has introducido al registrarte para entrar en el portal online o la aplicación MyHealth. Los mismos datos de acceso sirven para ambos y en el futuro si cambias los datos de acceso en uno, se aplicarán automáticamente al otro. No necesitas cambiarlos en los dos sitios. También ofrecemos una opción de acceso biométrico para la aplicación, por ejemplo Touch ID o Face ID, si tu dispositivo los tiene.

Para más información visita [www.allianzcare.com/es/myhealth.html](http://www.allianzcare.com/es/myhealth.html)



## Servicios web

En [www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html](http://www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html) puedes hacer todo esto:

- Buscar proveedores médicos. No estás obligado a usar los proveedores listados en nuestro directorio.
- Descargar formularios.
- Acceder a nuestras guías de salud.
- Acceder a nuestro portal «My expat life». Desde planificar un traslado a instalarte en tu nuevo país, encontrarás todo lo que necesitas saber sobre trasladarse al extranjero.

## Segunda opinión médica\*\*

Como tu socio en salud, nuestro objetivo es dar tranquilidad. ¿Te han diagnosticado una enfermedad grave o te han recomendado cirugía? ¿Quieres ayuda experta sobre las mejores opciones de tratamiento disponibles y dónde recibir la atención médica más adecuada? Como parte de tu cobertura, tienes acceso a nuestro servicio de segunda opinión médica.

Cuando accedas a este servicio, te asignaremos un gestor dedicado de casos, es decir, un profesional de la salud de nuestro equipo médico para guiarte y asistirte. Tu gestor de caso te pedirá la información necesaria sobre tu caso médico. Entonces te ayudará a encontrar un hospital, un médico o un especialista para la segunda opinión médica y te dará la opinión.

Para acceder a nuestro servicio, ponte en contacto con nosotros:

+ 353 1 630 1304

@ [medical.smo@allianz.com](mailto:medical.smo@allianz.com)

... y pregunta por el servicio de segunda opinión médica. Necesitarás dar tu número de póliza para tu identificación.





## Olive - Nuestro programa de apoyo a la salud y al bienestar

### Tus primeros pasos hacia una vida más saludable

En el mundo actual, cada vez más ocupado y siempre cambiante, reconocemos la importancia de permanecer sano y creemos firmemente que es mejor prevenir que curar. Olive\*\*, nuestro motor proactivo de atención, está diseñado para motivarte y guiarte hacia una vida más saludable. Incluye el portal de salud y bienestar y nuestra aplicación HealthSteps.

#### 1. Portal de salud y bienestar

Nuestro portal de salud y bienestar, accesible a través de nuestros servicios digitales MyHealth (aplicación móvil y portal), te ofrece una gama de servicios reunidos en un lugar cómodo para apoyarte en tu camino a una vida larga, feliz y saludable.

En el portal tendrás acceso a lo siguiente:

- Consejos y artículos sobre temas como el sueño, la forma física, la nutrición y el bienestar emocional.
- Revisiones médicas online\*\*.
- Nuestra calculadora de IMC.
- Nuestros webinarios mensuales en directo sobre salud y bienestar, con sesión de preguntas y respuestas, realizados por especialistas.



## 2. Aplicación HealthSteps\*\*

¿Sabías que manteniendo un estilo de vida saludable puedes reducir el riesgo de desarrollar enfermedades? La aplicación Allianz HealthSteps se ha diseñado para dar orientación personalizada y ayudarte a alcanzar objetivos de salud y forma física. Conectando teléfonos, dispositivos portátiles y otras aplicaciones, HealthSteps monitoriza los pasos andados, las calorías quemadas, el patrón de sueño y mucho más.

Características de HealthSteps:



### Plan

Elige un objetivo y usa los planes de acción para adoptar y mantener buenos hábitos de salud:

- Perder peso
- Mejorar la postura
- Dormir mejor
- Comer saludable
- Moverse y estar activo
- Mantenerse sano
- Reducir el estrés
- Bajar la tensión arterial



### Desafíos

Embárcate en retos mensuales y motívate con otros usuarios de HealthSteps compartiendo tu rendimiento y compitiendo con ellos en desafíos en grupo. Estos desafíos se basan en pasos, calorías y distancia.



### Progreso

Conéctate con comprobadores de actividades y salud populares y supervisa tu progreso en los desafíos que te has autoimpuesto.



### Biblioteca

Accede a artículos, consejos y orientación sobre cómo vivir y mantener una vida saludable.

Descarga la aplicación «Allianz HealthSteps» de App Store o Google Play.



## Servicios de videoconsulta a través del portal de telemedicina\*\*

Si tu plan incluye la prestación «Servicios de videoconsulta», tienes acceso directo a citas online con médicos (servicio de videoconsulta) si hay un proveedor disponible en tu área geográfica.

Con el portal de telemedicina puedes ahorrar tiempo consultando un médico en vídeo desde la comodidad de tu casa u oficina. Con un servicio seguro y confidencial, nuestra red de telemedicina puede darte consejo médico, recomendarte tratamientos y ofrecerte recetas para asuntos que no sean de emergencia.

Este servicio está disponible a través del portal MyHealth o directamente en nuestra plataforma de telemedicina en:

 [www.allianzcare.com/telehealthhub](http://www.allianzcare.com/telehealthhub)

Se puede pedir una cita para hablar con un médico de cabecera en español, sujeto a disponibilidad. Algunos proveedores externos pueden ofrecer el servicio en idiomas adicionales.

Dependiendo de tu ubicación geográfica, las regulaciones locales del país y la cobertura del seguro, el servicio de teleconsulta puede ofrecer también recetas.

En países en los que el servicio de teleconsulta no está disponible todavía, siempre puedes llamar a nuestra línea de consejo médico 24 horas. Este servicio se ofrece en inglés, alemán, francés e italiano. El número de teléfono está disponible en el portal de telemedicina.



## Programa de asistencia al empleado (PAE)\*\*

Cuando surgen dificultades en la vida o en el trabajo, nuestro programa de asistencia al empleado te ofrece a ti y a tus dependientes apoyo inmediato y confidencial. El PAE, si está cubierto, se muestra en la tabla de prestaciones.

Este servicio profesional está disponible las 24 horas y ofrece apoyo multilingüe sobre una amplia variedad de dificultades, como las siguientes:

- Conciliación de la vida laboral y personal
- Familia y paternidad
- Relaciones
- Estrés, depresión, ansiedad
- Dificultades laborales
- Transición intercultural
- Choque cultural
- Afrontar el aislamiento y la soledad
- Problemas de adicciones

### Servicios de apoyo incluidos



#### **Asesoramiento profesional confidencial**

Recibe apoyo las 24 horas de un asesor clínico por chat online, en persona, por teléfono, en vídeo o por correo electrónico.



#### **Servicios de apoyo en incidentes críticos**

Recibe apoyo inmediato en incidentes críticos en momentos de trauma o crisis. Nuestro amplio enfoque ofrece estabilización y reduce el estrés asociado a incidentes traumáticos o violentos.



#### **Servicios de derivación jurídicos y financieros**

Ayuda para comprar una casa, manejar una disputa legal, hacer un plan financiero completo... podemos derivarte a un asesor externo que puede ayudarte a responder tus preguntas y a alcanzar tus objetivos.



#### **Acceso a la página web y la aplicación sobre bienestar**

Encuentra apoyo online, herramientas y artículos para ayudarte y aconsejarte sobre salud y bienestar.

## Permítenos ayudarte:

 +1 905 886 3605

Este número no es gratuito. Si necesitas un número local, entra en la página web de bienestar y encontrarás la lista completa de nuestros «números internacionales».

Tus llamadas se responden en inglés, pero puedes hablar con alguien en otro idioma. Si no hay ningún agente disponible en el idioma deseado podemos organizar servicio de intérprete.

 <https://www.allianzcare.com/eap-login>

(disponible en español, inglés y francés)

 Descarga la aplicación Lifeworks de Google Play o Apple Store



Entra en la página web o la aplicación con estos datos:

Nombre de usuario: AllianzCare

Contraseña: Expatriate

## Servicios de seguridad en viaje\*\*

Mientras el mundo sigue presenciando un aumento en las amenazas a la seguridad, los servicios de seguridad en viaje ofrecen acceso las 24 horas a información y consejo sobre seguridad personal para tus consultas sobre seguridad en viaje, por teléfono, correo electrónico o en la página web. Tu tabla de prestaciones muestra si tu plan incluye estos servicios.

Puedes acceder a lo siguiente:



### Línea de asistencia para emergencias de seguridad

Habla con un especialista en seguridad sobre cualquier cuestión de seguridad relacionada con un destino de viaje.



### Inteligencia sobre el país y asesoramiento en seguridad

Información y consejo sobre seguridad relativos a muchos países.



### Noticias diarias y alertas de seguridad en viaje por correo electrónico

Suscríbete y recibe alertas sobre sucesos de alto riesgo en tu ubicación o áreas cercanas, incluyendo terrorismo, agitación civil y riesgos meteorológicos graves.

- Para acceder a la página web de Crisis24 Horizon, ve a <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>, introduce tu correo electrónico y selecciona Create account. Introduce tus datos y añade el código de afiliado ALLIANZTSS
- Para acceder a la aplicación móvil Crisis24 Horizon, descarga la versión de Android o iOS en tu dispositivo móvil (también puedes buscar Crisis24 Horizon en las dos tiendas) y, a continuación **inicia sesión** con el mismo correo electrónico (nombre de usuario) y contraseña que has creado anteriormente. También puedes registrarte directamente en la aplicación móvil usando el código de afiliado.

🌐 <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>

↓ Descarga la aplicación Crisis24 Horizon de Google Play o App Store.



*Todos los servicios de seguridad en viaje se prestan en inglés. Podemos organizar un servicio de intérprete para ti si es necesario.*

*\*\*Algunos servicios que pueden incluirse en tu plan los prestan proveedores externos ajenos al Grupo Allianz, como el programa de asistencia al empleado, los servicios de seguridad en viaje, la aplicación HealthSteps, la segunda opinión médica y los servicios de telemedicina. Si se incluyen en tu plan, estos servicios aparecerán en tu tabla de prestaciones. Estos servicios se ponen a tu disposición sujetos a tu aceptación de las condiciones generales de tu póliza y las condiciones generales de los terceros. Estos servicios pueden estar sujetos a restricciones geográficas. La aplicación HealthSteps no proporciona consejo médico o de salud y los recursos para el bienestar incluidos en Olive tienen únicamente carácter informativo. La aplicación HealthSteps y los recursos para el bienestar incluidos en Olive no deberían considerarse sustitutos del consejo profesional (médico, físico o psicológico). Tampoco son sustitutos del diagnóstico, el tratamiento, la evaluación o la atención que puede que necesites de tu propio médico. Entiendes y aceptas que AWP Health & Life SA sucursal irlandesa o AWP Health & Life Services Limited no son responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño causado directa o indirectamente por tu utilización de estos servicios de terceros.*



# Entendiendo cómo funciona tu cobertura

## ¿Para qué estoy cubierto?

Tú y tus dependientes estáis cubiertos para la atención médicamente necesaria y sus costes asociados y los servicios o suministros indicados en la tabla de prestaciones. Éstos están sujetos a lo siguiente:

- Definiciones y exclusiones de la póliza (incluidas en esta guía).
- **Para pólizas con evaluación médica completa:** Cualquier condición especial indicada en tu certificado de seguro (y en la carta de condiciones especiales emitida antes del comienzo de la póliza, si las hay).
- **Que los costes sean razonables y habituales.** Los costes que son habituales en el país en que se presta la atención médica. Solamente reembolsaremos proveedores médicos cuando sus cargos sean conforme a los procedimientos médicos estándar y generalmente aceptados. Si consideramos un reembolso inadecuado, nos reservamos el derecho a rechazar o reducir la cantidad que pagamos.

Generalmente cubrimos enfermedades preexistentes (incluyendo las enfermedades crónicas preexistentes) a menos que digamos lo contrario en tus documentos de póliza. Si tienes dudas, consulta tu tabla de prestaciones para confirmar si las enfermedades preexistentes están cubiertas.

Si no sabes si tu atención médica programada está cubierta en tu plan, ponte en contacto con nuestra línea de asistencia.

## ¿Dónde puedo recibir atención médica?

Puedes recibir atención médica en cualquier país de tu área de cobertura, tal como se indica en tu certificado de seguro.

Si la atención que necesitas está disponible a nivel local, pero decides viajar a otro país de tu área de cobertura, te reembolsaremos los gastos médicos aptos (que cumplen los requisitos) según las condiciones de tu póliza, excepto los gastos de viaje.



Si la atención médica apta no está disponible a nivel local y tu cobertura incluye la prestación adecuada de «Evacuación médica», también cubriremos los gastos de desplazamiento al centro médico apropiado más cercano. Para solicitar los gastos médicos y de viaje ocasionados en estas circunstancias, deberás completar y enviarnos un formulario de garantía de pago antes de viajar.

Estás cubierto para los costes aptos ocasionados en tu país de origen, siempre que tu país de origen esté en tu área de cobertura.

## ¿Qué son los límites de las prestaciones?

Tu cobertura puede estar sujeta a un **límite máximo del plan**. Esto es el máximo que pagaremos en total por todas las prestaciones incluidas en el plan por asegurado y por año de seguro.

Si tu plan tiene un límite máximo del plan, se aplicará incluso en estos casos:

- El término «100%» aparece en la prestación
- Se aplica un límite específico de prestación. Esto es cuando la prestación está limitada a una cantidad específica (por ejemplo 10.000 €).

Los límites de prestación pueden aplicarse «por año de seguro», «por vida» o «por episodio» (por viaje, por consulta o por embarazo).

En algunos casos, además del límite de prestación, sólo pagaremos un porcentaje de los costes de esa prestación específica, (por ejemplo 80%).

### **Límites de prestación relacionados con la maternidad**

Las prestaciones «Embarazo y parto» y «Complicaciones del embarazo y del parto» se pagan o «por embarazo» o «por año». Tu tabla de prestaciones lo confirmará.

*Si tus prestaciones de maternidad se pagan «por embarazo»*

Cuando un embarazo abarca dos años de seguro y el límite de la prestación cambia al renovar la póliza, se aplican las siguientes normas:

- En el primer año, los límites de prestación se aplican a todos los gastos aptos.
- En el segundo año, los límites de prestación actualizados se aplican a todos los gastos aptos ocasionados en el segundo año, menos la cantidad total de prestación ya reembolsada en el primer año.
- Si el límite de prestación disminuye en el segundo año y ya hemos pagado o excedido esta nueva cantidad con los gastos aptos ocasionados el primer año, no pagaremos ninguna cantidad adicional el segundo año.

### *Límite para niños nacidos de partos múltiples, nacidos por subrogación, adoptados o acogidos*

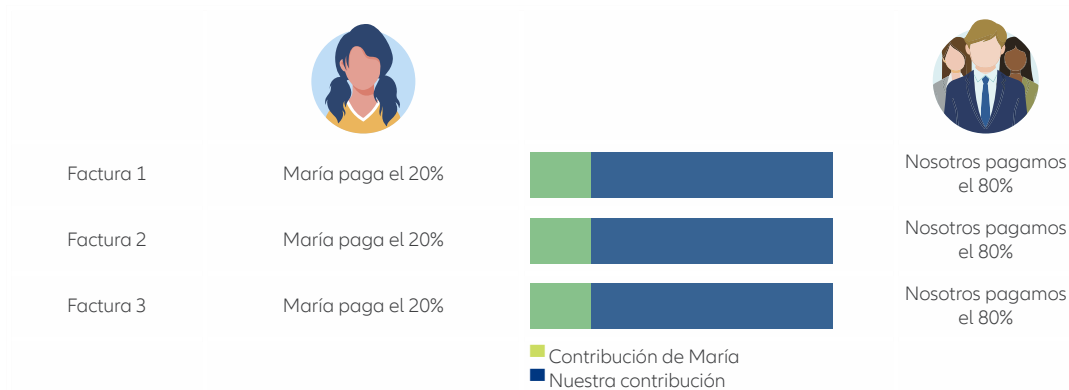
Hay un límite para la atención hospitalaria recibida en los tres primeros meses tras el nacimiento en estos casos:

- Si el niño ha nacido por subrogación
- Si el niño es adoptado
- Si el niño es de acogida
- Si el niño ha nacido en un parto múltiple consecuencia de reproducción asistida

Este límite es 24.900 £/30.000 €/40.500 US\$ por niño y se aplica antes de cualquier otra prestación de tu plan. La atención ambulatoria se paga según las condiciones del plan ambulatorio.

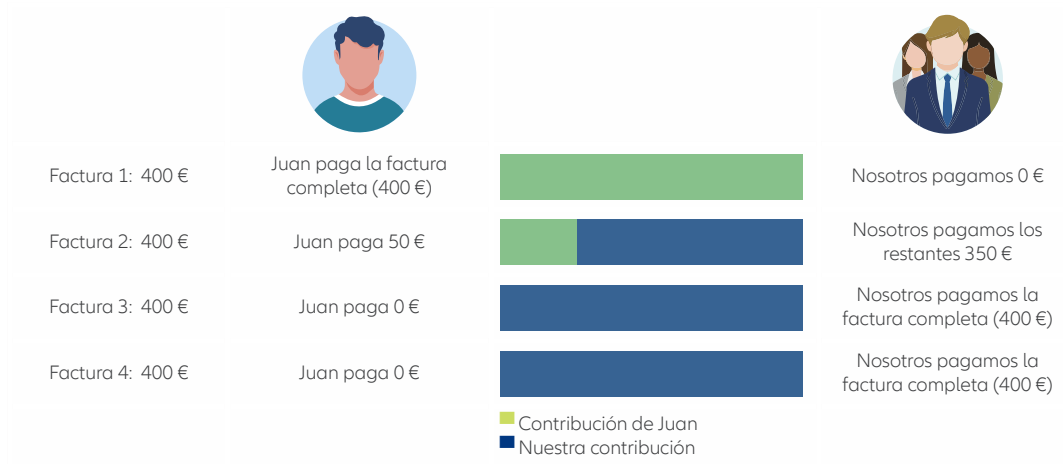
## ¿Qué son los copagos?

Un copago es un porcentaje del gasto médico que pagas tú. Tu tabla de prestaciones indicará si esto se aplica a tu plan. En el siguiente ejemplo, María necesita varios tratamientos dentales a lo largo del año. Su prestación de atención dental tiene un 20% de copago, lo que significa que nosotros pagaremos el 80% del coste de cada tratamiento apto. La cantidad total reembolsable por nosotros puede estar sujeta al límite máximo del plan.



## ¿Qué son las franquicias?

Una franquicia (también conocida en los seguros médicos como un «deducible») es una cantidad fija que debes pagar de tus facturas médicas por periodo de cobertura antes de que nosotros empecemos a contribuir. Tu tabla de prestaciones indicará si esto se aplica a tu plan. En el siguiente ejemplo, Juan necesita recibir atención médica a lo largo del año. Su plan incluye una franquicia de 450 €.



# ¿Necesitas atención médica?

Entendemos que buscar atención médica puede ser estresante. Sigue los siguientes pasos para que podamos ocuparnos de la gestión mientras tú te centras en ponerte mejor.

## Comprueba tu nivel de cobertura

Primero, comprueba que tu plan cubre la atención que requieres. Tu tabla de prestaciones confirmará lo que está cubierto. De todos modos siempre puedes llamar a nuestra línea de asistencia si tienes alguna consulta.

## Algunos tipos de atención médica necesitan nuestra preautorización

Tu tabla de prestaciones indicará qué tipos de atención médica necesitan nuestra preautorización (con un formulario de garantía de pago). Normalmente es atención hospitalaria y de alto coste. El proceso de preautorización nos ayuda a evaluar cada caso, a organizar todo con el hospital antes de tu llegada y a hacer el pago directo al hospital más fácil, cuando sea posible.

A menos que tu empresa y nosotros lo acordemos de otro modo, si haces una solicitud de reembolso sin obtener nuestra preautorización, se aplicará lo siguiente:

- Si posteriormente se demuestra que la atención recibida no era médicamente necesaria, **nos reservamos el derecho a rechazar tu reembolso.**
- Si posteriormente se demuestra que la atención recibida era médicamente necesaria, pagaremos el **80%** de las prestaciones hospitalarias y el **50%** de otras prestaciones.

## Atención hospitalaria (se aplica la preautorización)



Descarga un formulario de garantía de pago de nuestra página web:  
<https://www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html>



Completa el formulario y envíanoslo al menos **cinco días laborables** antes de la atención médica.

Puedes enviarlo por correo electrónico, fax o correo postal a la dirección indicada en el formulario.



Nosotros contactamos con el hospital para organizar el pago directo, cuando es posible.



## En caso de emergencia

Recibe la atención médica de emergencia que necesitas y llama a la línea de asistencia si necesitas ayuda.

Si te hospitalizan, tú, tu médico, uno de tus dependientes o un compañero debe llamar a nuestra línea de asistencia (en un plazo de 48 horas tras la emergencia) para informarnos de la hospitalización. Podemos tomar los datos para la garantía de pago al teléfono cuando nos llames.

*También podemos tomar los datos por teléfono si el ingreso va a tener lugar en las siguientes 72 horas. Ten en cuenta que podríamos rechazar el reembolso si no se obtiene la preautorización, cuando es necesaria.*



## Solicitar el reembolso de tus gastos ambulatorios, dentales y de otro tipo

Si la atención que necesitas no requiere nuestra preautorización, simplemente puedes pagar la factura y solicitarnos el reembolso de los gastos. En este caso, sigue estos pasos:



Recibe la atención médica y paga al proveedor.



Obtén una factura de tu proveedor médico. La factura debe indicar tu nombre, la fecha del servicio, el diagnóstico o la enfermedad tratada, la fecha en la que se han manifestado los síntomas, el tipo de atención recibida y el coste facturado.



Solicita el reembolso de los gastos con la aplicación o el portal MyHealth ([www.allianzcare.com/es/myhealth.html](http://www.allianzcare.com/es/myhealth.html)).

*Introduce los datos necesarios, añade las facturas y pulsa «Enviar».*



### Rápida tramitación de solicitudes

Una vez que tenemos toda la información necesaria, podemos tramitar y pagar un reembolso en un plazo de 48 horas. No obstante, sólo podemos hacer esto si nos has dicho el diagnóstico, así que asegúrate de que lo incluyes en tu solicitud. Si no, tendremos que pedirte los datos a ti o a tu médico.

Te escribiremos por correo electrónico o postal para avisarte cuando el reembolso esté tramitado.

## Evacuaciones y repatriaciones

A la primera señal de que necesitas una evacuación o repatriación médica, llama a la línea de asistencia 24 horas y nosotros nos ocuparemos. Debido a la urgencia, te aconsejamos que nos llames por teléfono si es posible. No obstante, también puedes contactar con nosotros por correo electrónico.

Si nos escribes, incluye en el asunto «Urgente - Evacuación/Repatriación».

Contacta con nosotros antes de hablar con proveedores, aunque ellos se pongan en contacto contigo, para evitar cargos excesivos y retrasos innecesarios en la evacuación. En caso de que la evacuación o repatriación no haya estado organizada por nosotros, nos reservamos el derecho a rechazar el reembolso de los gastos.

☎ +353 1 630 1304

@ [medical.services@e.allianz.com](mailto:medical.services@e.allianz.com)





## Atención médica en los EE.UU.

Si tienes cobertura mundial, te ofrecemos acceso sencillo a la atención médica en los EE.UU., a través de nuestro administrador local, apoyando tu acceso a proveedores médicos en el país.

Para acceder a la atención médica en los EE.UU., simplemente muestra tu tarjeta de afiliación; tu proveedor médico se pondrá en contacto con nuestro administrador para ocuparse de cualquier papeleo relacionado con tu atención médica. Pagaremos el coste de tu atención médica directamente a tu proveedor médico, si procede; si eres responsable de alguna parte de los costes, tu proveedor te avisará.

Para consultas o solicitudes de asistencia relacionadas con la atención médica en los EE.UU., encontrarás todos los datos de contacto en el reverso de tu tarjeta de afiliación.

### **Para recetas**

Si tu plan incluye acceso a la red de farmacias de Caremark, puedes obtener ciertos medicamentos y productos farmacéuticos en estas farmacias de los Estados Unidos sin efectivo. Todos los detalles que necesitas para acceder a la red de farmacias de Caremark se mostrarán en tu tarjeta de afiliación o en una tarjeta de Caremark independiente.

Muestra tu tarjeta de afiliación (o la tarjeta independiente de Caremark) en la farmacia de la red de Caremark. El farmacéutico te dirá si necesitas pagar alguna parte de los costes, por ejemplo si hay un copago. Asegúrate de que las recetas tienen la fecha de nacimiento de la persona para la que son.

# Información adicional sobre el reembolso de tus gastos

## Reembolsos médicos

Antes de solicitarnos un reembolso presta atención a estos puntos:

- **Plazo de solicitud.** Debes enviarnos todas las solicitudes de reembolso (con la aplicación o portal online MyHealth) no más tarde de seis meses tras la finalización del año de seguro. Si la cobertura se cancela durante el año de seguro, debes presentar tu solicitud no más tarde de seis meses tras la fecha en que termina la cobertura. Después de este periodo, no estamos obligados a tramitar el reembolso.
- **Envío de solicitudes de reembolso.** Debes solicitar un reembolso separado para cada persona y para cada enfermedad.
- **Documentos de referencia.** Cuando nos envíes copias de documentos (facturas, recibos, etc.), asegúrate de que guardas los originales. Tenemos derecho a pedirte los originales de los documentos y facturas por razones de auditoría hasta 12 meses tras completar tu reembolso. También podríamos pedirte un justificante de pago (extracto del banco o de tarjeta) de las facturas médicas que has pagado. Te recomendamos que guardes copias de toda la correspondencia con nosotros ya que no podemos hacernos responsables de la correspondencia que no nos llega por motivos fuera de nuestro control.
- **Franquicias.** Si la cantidad que solicitas es menos que la franquicia de tu plan, puedes hacer una de estas cosas:
  - Guarda todas las facturas ambulatorias hasta que alcances una cantidad que exceda la franquicia.
  - Envíanos una solicitud cada vez que recibas atención médica. Una vez que alcances la franquicia empezaremos a reembolsarte.

Incluye todos los recibos y facturas en tu solicitud.

- **Divisa.** Especifica la divisa en la que quieres que te paguemos. En raras ocasiones podríamos no poder pagar en esa divisa debido a las regulaciones bancarias internacionales. Si esto ocurre identificaremos una divisa alternativa apropiada. Si tenemos que convertir de una divisa a otra, usaremos el tipo de cambio en vigencia en la fecha de emisión de las facturas o en la fecha en que te pagamos el reembolso.

Nos reservamos el derecho a elegir cuál de los tipos de cambio aplicar.

- **Reembolso.** Sólo reembolsaremos (dentro del límite de tu póliza) los costes aptos tras considerar cualquier preautorización, franquicia o copago descritos en la tabla de prestaciones.

- **Costes razonables y habituales.** Sólo reembolsaremos los cargos que sean razonables y habituales según los procedimientos médicos estándar y generalmente aceptados. Si consideramos un reembolso inadecuado, nos reservamos el derecho a rechazar tu reembolso o reducir la cantidad que pagamos.
- **Depósitos.** Si tienes que pagar un depósito antes de recibir la atención médica, reembolsaremos este coste solamente después de que la atención médica se haya terminado.
- **Dar información.** Tú y tus dependientes aceptáis ayudarnos a obtener toda la información que necesitamos para tramitar un reembolso. Tenemos derecho a acceder a tu historial médico y a establecer contacto directo con el proveedor de la atención médica o el médico tratante. Podríamos solicitar, a nuestro propio cargo, una revisión médica realizada por nuestros médicos si creemos que es necesario. Toda la información se tratará con la más estricta confidencialidad. Nos reservamos el derecho a suspender prestaciones si tú o tus dependientes no nos ayudáis a obtener la información que necesitamos.

## Solicitud de indemnización por muerte accidental

Si la prestación «Indemnización por muerte accidental» se incluye en tu plan médico, debemos recibir la solicitud en un plazo de 90 días tras la fecha de la muerte del asegurado.

Envíanos lo siguiente:

- Formulario de solicitud de pago de prestación del seguro de vida y muerte accidental totalmente cumplimentado.
- Certificado de defunción.
- Certificado médico que especifique las causas de la muerte.
- Informe escrito que especifique la fecha, el lugar y las circunstancias del accidente.
- Documentación oficial que demuestre el estado civil del asegurado (si estaba casado o tenía hijos).
- Para los beneficiarios, prueba de identidad y prueba de su relación con el asegurado.

Salvo cuando el asegurado lo especifique de otro modo, los beneficiarios son:

- El cónyuge o pareja del asegurado, si no está legalmente separado.
- Si no hay cónyuge, los hijos vivos del asegurado, incluyendo hijastros, hijos adoptivos o acogidos, y aquellos nacidos en un plazo menor de 300 días tras la fecha de la muerte del asegurado, a partes iguales entre ellos.
- Si no hay hijos, el padre y la madre del asegurado, a partes iguales entre ellos, o el que sobreviva si uno de los dos ha muerto.
- Si no existe ninguno de los anteriores, los herederos legales del asegurado.

Si deseas designar un beneficiario distinto de los anteriores, ponte en contacto con nuestra línea de asistencia.

Si el asegurado y uno o todos los beneficiarios mueren en el mismo suceso, el asegurado se consideraría el último en fallecer.

## Atención médica necesaria por culpa de terceros

Si solicitas el reembolso de gastos médicos necesarios por culpa de terceros, debes escribirnos y contárnoslo lo antes posible. Por ejemplo, si necesitas atención médica por una lesión provocada en un accidente de tráfico del que no tienes la culpa. Haz lo posible para obtener los datos del seguro de la persona responsable. Así podremos recuperar de la otra aseguradora el coste de los gastos médicos que hayamos pagado. Si recibes por parte de terceros el reembolso de algún gasto que ya te hayamos pagado, deberás devolvernos esa cantidad (y cualquier interés derivado).

# Condiciones generales de la cobertura



# Condiciones generales

Esta sección describe las prestaciones y las normas de tu póliza de seguro médico. Léela junto a tu certificado de seguro y tu tabla de prestaciones.

- Tu **certificado de seguro** detalla los planes y el área geográfica de cobertura que tu empresa ha elegido para ti y tus dependientes (si tienes alguno). También indica las fechas de inicio y de renovación de tu cobertura. Para pólizas en las que se evalúa tu historial médico (pólizas con evaluación médica completa), este documento indica cualquier condición especial que se aplique a tu cobertura. Te enviaremos un nuevo certificado de seguro si necesitamos hacer algún cambio en tu póliza. Podrían ser cambios que tu empresa pida o que nosotros tengamos derecho a hacer. También podrían ser cambios que hayas pedido (como añadir un dependiente), siempre que tu empresa lo apruebe y nosotros lo aceptemos.
- Tu **tabla de prestaciones** resume el plan seleccionado por tu empresa y las prestaciones que tienes. También indica las prestaciones o procedimientos que requieren que nos envíes un formulario de garantía de pago. Confirma qué prestaciones tienen límites de prestación, plazos de carencia, franquicias o copagos. Tu tabla de prestaciones estará en la divisa acordada con tu empresa (o contigo si pagas tu propia prima).

Si deseas más información sobre el contrato de seguro firmado por tu empresa, ponte en contacto con tu administrador de póliza colectiva. Ten en cuenta que las condiciones generales de tu cobertura podrían cambiar ocasionalmente por acuerdo entre tu empresa y nosotros.

# Administración de tu póliza

## Cuándo empieza la cobertura

Tu seguro tiene validez desde la fecha indicada en el certificado de seguro y seguirá siendo válido hasta la fecha de renovación del grupo (también indicada en el certificado de seguro). Normalmente esto es un año de seguro, salvo cuando tu empresa y nosotros lo acordemos de otro modo o cuando tu póliza comience a mediados del año de seguro. Al final de este periodo, tu empresa puede renovar el seguro según las condiciones generales vigentes en ese momento. Esas condiciones son vinculantes para ti.

La cobertura de los dependientes (si los hay) comenzará en la fecha de validez indicada en tu certificado de seguro más reciente, en el cual aparecen como dependientes. Su afiliación puede continuar mientras sigas siendo miembro del plan colectivo y, para los niños, mientras no superen el límite de edad establecido. Los hijos dependientes pueden estar cubiertos en tu póliza hasta el día anterior a su 18 cumpleaños, o el día anterior a su 26 cumpleaños si cursan estudios a tiempo completo. En ese momento pueden solicitar su propia cobertura con uno de nuestros planes de salud para particulares y familias.

## Añadir dependientes

¿Vas a casarte o a tener un bebé? ¡Enhorabuena!

Puedes pedir que se añada algún miembro de tu familia como dependiente si te lo permite el acuerdo entre tu empresa y nosotros. El proceso es diferente dependiendo del tipo de póliza que tengas:

- Pólizas con evaluación médica completa
- Pólizas con moratoria
- Pólizas sin evaluación médica
- Pólizas con CTT/CPME (anteriormente FMU)
- Pólizas con CTT/CPME (anteriormente MORI)

Tu certificado de seguro indicará qué tipo de póliza tienes; además, puedes encontrar definiciones de los anteriores tipos de pólizas en la sección «Definiciones» de esta guía.

Para añadir un dependiente, simplemente sigue el proceso descrito a continuación para tu tipo de póliza. Además, si el dependiente que quieres añadir es un recién nacido, consulta la sección «Límites hospitalarios para dependientes recién nacidos».

### **Pólizas con evaluación médica completa Y pólizas con CTT/CPME (anteriormente FMU)**

Puedes pedir que se añada a cualquier miembro de tu familia en la póliza cumplimentando el formulario de afiliación pertinente. Tus dependientes estarán sujetos a evaluación médica y, si se aceptan, la cobertura empezará en la fecha de aceptación.

Pero si el dependiente que quieres añadir es un recién nacido, sigue estas directrices.

#### *¿Cómo añadir un recién nacido a mi póliza?*

Escribe a [underwriting@e.allianz.com](mailto:underwriting@e.allianz.com) en un plazo de cuatro semanas tras el nacimiento e incluye el certificado de nacimiento. Con la excepción de los bebés nacidos en partos múltiples, aceptaremos al bebé sin evaluación médica si uno de los padres biológicos o comitentes (en el caso de subrogación) ha estado asegurado con nosotros un mínimo de ocho meses seguidos. La cobertura empezará desde el nacimiento.

#### *¿Qué pasa si no os informo en un plazo de cuatro semanas?*

El recién nacido tendrá evaluación médica y si se acepta, la cobertura empezará en la fecha de aceptación.

#### *¿Qué pasa si añado bebés nacidos de partos múltiples?*

Los bebés de partos múltiples tendrán evaluación médica y si se acepta, la cobertura empezará en la fecha de aceptación.

### **Pólizas con moratoria Y pólizas con CTT/CPME (anteriormente MORI)**

Puedes pedir que se añada un miembro de tu familia en la póliza cumplimentando el formulario de afiliación pertinente. Si se acepta, se aplicará una nueva moratoria para ese dependiente y la cobertura comenzará a partir de la fecha en la que nos lo notifiques o de una fecha posterior que puedas solicitar.

Pero si el dependiente que quieres añadir es un recién nacido, sigue estas directrices.

#### *¿Cómo añadir un recién nacido a mi póliza?*

Escribe a [underwriting@e.allianz.com](mailto:underwriting@e.allianz.com) en un plazo de cuatro semanas tras el nacimiento e incluye el certificado de nacimiento. Con la excepción de los bebés nacidos en partos múltiples, aceptaremos al bebé sin moratoria si uno de los padres biológicos o comitentes (en el caso de subrogación) ha estado asegurado con nosotros un mínimo de ocho meses seguidos. La cobertura empezará desde el nacimiento.



### *¿Qué pasa si no os informo en un plazo de cuatro semanas?*

Puedes pedir que se añada el recién nacido a tu póliza cumplimentando el formulario de afiliación pertinente. Si se acepta, se aplicará una nueva moratoria para ese dependiente y la cobertura comenzará a partir de la fecha en que acordemos añadirle.

### *¿Qué pasa si añado bebés nacidos de partos múltiples?*

Puedes pedir que se añadan bebés de partos múltiples a la póliza cumplimentando el formulario de afiliación pertinente. Revisaremos el formulario y, si se acepta, confirmaremos la fecha en la que acordamos añadir al bebé y se le aplicará una nueva moratoria.

## **Pólizas sin evaluación médica**

Para añadir un familiar como dependiente a tu póliza, informa a tu empresa y ellos lo organizarán con nosotros.

Pero si el dependiente que quieres añadir es un recién nacido, sigue estas directrices.

### *¿Cómo añado un recién nacido a mi póliza?*

Los recién nacidos (incluyendo bebés de partos múltiples, bebés nacidos por subrogación y niños adoptados y acogidos) se aceptarán en la cobertura desde el nacimiento, siempre que se nos notifique en un plazo de cuatro semanas desde la fecha del nacimiento. Para añadir a un recién nacido a la póliza, debes pedirle a tu empresa que le solicite por escrito a la persona habitual de contacto para los cambios en la afiliación la incorporación del bebé.

### *¿Qué pasa si no informo a mi empresa plazo de cuatro semanas?*

Si la notificación se realiza después de cuatro semanas tras el nacimiento, la cobertura de los niños recién nacidos entrará en vigor a partir de la fecha de la notificación.

## **Límites hospitalarios para dependientes recién nacidos**

Hay un límite para la atención hospitalaria recibida en los tres primeros meses tras el nacimiento en estos casos:

- Si el niño ha nacido por subrogación
- Si el niño es adoptado
- Si el niño es de acogida
- Si el niño ha nacido en un parto múltiple consecuencia de reproducción asistida

Este límite es 24.900 £/30.000 €/40.500 US\$ por niño y se aplica antes de cualquier otra prestación de tu plan. La atención ambulatoria se paga según las condiciones del plan ambulatorio.

## Cambio de país de residencia

Es importante que te pongas en contacto con nuestra línea de asistencia e informes a tu administrador de póliza colectiva para avisarnos cuando cambies de país de residencia. Esto podría afectar a tu cobertura o a tu prima, incluso aunque te traslades a un país incluido en tu área geográfica de cobertura, ya que tu plan podría no ser válido allí. En algunos países, la cobertura está sujeta a restricciones legales locales relativas al seguro médico, especialmente para los residentes en ese país. Es tu responsabilidad asegurarte de que tu cobertura médica es legalmente apropiada. Si tienes dudas, consulta con un asesor jurídico independiente, ya que podría sernos imposible seguir cubriéndote. Nuestra cobertura no sustituye a ningún seguro médico obligatorio local.

## Cambiar de dirección postal o correo electrónico

Te enviaremos toda la correspondencia a la dirección que tengamos registrada a menos que solicites lo contrario. Debes avisarnos por escrito lo antes posible de cualquier cambio en la dirección de tu domicilio, lugar de trabajo o correo electrónico.

## Correspondencia

Cuando nos escribas, usa correo electrónico o correo postal con franqueo pagado. Normalmente no devolvemos los documentos, pero lo haremos si nos lo pides.

## Renovación de la cobertura

Si tu empresa paga la prima, la renovación de tu cobertura (y la de tus dependientes, si los hay) es decisión de tu empresa.

Si tú pagas la prima y tu empresa renueva tu cobertura (y la de tus dependientes, si los hay) tu póliza se renovará automáticamente para el siguiente año de seguro, siempre que se cumplan estas condiciones:

- Podemos seguir prestando cobertura en tu país de residencia.
- Todas las primas están al día en el pago.
- Los datos de pago que tenemos registrados para ti siguen siendo válidos en la fecha de renovación. Avísanos si cambias tu tarjeta de crédito o tu cuenta bancaria.

## Finalizar tu cobertura

Tu empresa puede finalizar tu cobertura o la de cualquiera de tus dependientes notificándonoslo por escrito. No podemos antedatar la cancelación de tu cobertura. Terminará automáticamente en los siguientes casos:

- Al final del año del seguro, si el contrato entre tu empresa y nosotros termina
- Si tu empresa decide terminar o no renovar tu cobertura
- Si tu empresa no paga las primas o cualquier otra cantidad adeudada según el contrato corporativo
- Si eres responsable del pago y no pagas las primas o algún otro pago contemplado en el contrato corporativo con nosotros
- Cuando dejas de trabajar para tu empresa
- Si el empleado asegurado muere

Podemos terminar tu cobertura y la de tus dependientes si hay pruebas razonables que indiquen que tú o ellos nos habéis engañado o habéis intentado engañarnos. Por ejemplo, facilitándonos información falsa, ocultando datos importantes o colaborando con terceros para facilitarnos información falsa, ya sea de forma deliberada o negligente, que pueda influirnos en nuestra decisión sobre lo siguiente:

- Tu idoneidad (o la de tus dependientes) para incorporarte al plan
- La prima que tu empresa debe pagar
- Si tenemos que pagar algún reembolso

## Vencimiento de la póliza

Al vencer la póliza termina tu derecho a recibir reembolsos. Hasta seis meses después de la fecha de finalización reembolsaremos todos los gastos aptos ocasionados durante el periodo de cobertura. Sin embargo, no cubriremos ninguna atención médica que sigas recibiendo o que empiece tras el vencimiento de tu póliza.

Es tu responsabilidad asegurarte de que las tarjetas de afiliación entregadas a ti o a tus dependientes se destruyen inmediatamente al terminar tu afiliación. En caso de que tus dependientes reciban atención médica después de la caducidad de su afiliación, nos reservamos el derecho a recuperar el importe total de cualquier gasto médico de ti o de tu empresa.

## Solicitar cobertura si finalizas tu afiliación colectiva

Si tu cobertura bajo las condiciones del contrato corporativo finaliza, puedes solicitar cobertura en uno de nuestros planes médicos para particulares y familias, simplemente por correo electrónico (datos abajo). Debes enviarnos la solicitud de afiliación en un plazo de un mes tras dejar el plan colectivo. Podrías estar sujeto a evaluación médica. Si aceptamos tu solicitud, la cobertura empezará el día después de dejar el plan colectivo.

@ [individual.sales@allianzworldwidecare.com](mailto:individual.sales@allianzworldwidecare.com)

# Pago de primas

## Si tu empresa paga la prima del seguro

En la mayoría de los casos, tu empresa es responsable del pago de tu prima y la de tus dependientes, cubiertos en el contrato corporativo. Tu empresa podría pagar también otros impuestos y cargos asociados a tu prima (como el impuesto sobre la prima del seguro). Sin embargo, tú podrías ser responsable de pagar impuestos sobre la prima que paga tu empresa. Para más información, consulta con tu empresa.

## Si tú pagas la prima del seguro

Si eres responsable del pago de tu prima, debes pagarnos el periodo de cobertura por adelantado. Tu certificado de seguro muestra la cantidad que tu empresa ha acordado con nosotros y la frecuencia de pago de tu elección. Tienes que pagar la **prima inicial** o primera cuota inmediatamente después de que aceptemos tu afiliación. Cuando recibas tu factura, comprueba que la prima se corresponde con la cantidad mostrada en tu presupuesto y ponte en contacto con nosotros inmediatamente si hay alguna diferencia. No nos hacemos responsables de pagos realizados a través de terceros. El pago de las **primas subsiguientes** vence el primer día del periodo elegido para el pago.

Si se aplican, también debes pagar los siguientes impuestos además de la prima

- Impuesto sobre la prima del seguro (IPS)
- IVA
- Otros impuestos o tasas relativos a tu cobertura que tenemos que pagar o cobrarte por ley

Estos cargos pueden estar ya en vigencia cuando te afilias, pero también podrían introducirse (o cambiar) después. Tu factura reflejará estos impuestos. Si cambian o se introducen nuevos impuestos, te escribiremos para informarte. Si no aceptas los cambios puedes cancelar tu cobertura. No te aplicaremos ninguno de esos cambios si terminas tu cobertura en un plazo de 30 días tras la fecha en que entran en vigor o en un plazo de 30 días después de que te hayamos informado, cualquiera que sea la más reciente.

En algunos países también podrías estar obligado a aplicar una retención de impuestos. En ese caso es tu responsabilidad calcular y pagar esta cantidad a las autoridades fiscales además de pagarnos la prima completa a nosotros.

Cada año, en la fecha de renovación, podríamos cambiar el cálculo de tu prima e impuestos, la cantidad que debes pagar o la forma de pago. En ese caso, te informaremos de estos cambios y solamente se aplicarán a partir de tu fecha de renovación. Si lo deseas, puedes cambiar la forma de pago en la renovación. Escríbenos para pedirlo al menos 30 días antes de la fecha de renovación.

Si por alguna razón no puedes pagar la prima, contacta con nosotros para hablarlo contigo, ya que si no pagas las primas en plazo puedes perder la cobertura.

# Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura

**Legislación aplicable.** Tu póliza está sujeta a las leyes y los tribunales del país establecido en el contrato corporativo, salvo cuando la ley lo disponga de otro modo.

**Sanciones económicas.** Esta póliza no presta ninguna cobertura ni prestación por ningún negocio o actividad si la cobertura, prestación o negocio o actividad subyacentes violan alguna sanción o regulación aplicable de las Naciones Unidas, la Unión Europea o cualquier otra sanción, regulación o ley económicas o comerciales.

**Quién está cubierto.** Solamente los miembros del grupo (y sus dependientes) que se describen en el contrato corporativo son aptos para la cobertura.

**Las cantidades que pagamos.** Nuestra responsabilidad hacia ti está limitada a las cantidades indicadas en la tabla de prestaciones y otras cláusulas adicionales de la póliza. La cantidad reembolsada, bajo esta póliza o bajo cualquier otro seguro público o privado, no puede ser superior a la cantidad de la factura.

**Quién puede hacer cambios en tu póliza.** Nadie, excepto un representante nombrado por ti o el administrador de póliza colectiva, puede hacer cambios en tu póliza en tu nombre. Los cambios sólo son válidos cuando los acordemos tu empresa y nosotros.

**Cuando la cobertura la proporciona un tercero.** Podemos rechazar un reembolso si tú o alguno de tus dependientes tenéis derecho a recibir una prestación de:

- a) la seguridad social;
- b) otra póliza de seguro;
- c) un tercero.

En este caso, tienes que avisarnos y darnos toda la información necesaria. Tú y el tercero no podéis llegar a un acuerdo ni ignorar nuestro derecho a recuperar gastos sin nuestro previo consentimiento por escrito. De lo contrario, tenemos derecho a recuperar de ti cualquier cantidad que hayamos pagado y a cancelar tu cobertura.

Tenemos derecho a reclamar de un tercero cualquier cantidad que hayamos pagado por un reembolso, si los costes también están cubiertos por ellos. Podemos tomar acciones legales en tu nombre, a nuestro cargo, para hacerlo. Esto se llama subrogación.

No haremos ninguna contribución a ningún otro seguro si los costes están total o parcialmente cubiertos por ese seguro. Sin embargo, si nuestro plan cubre una cantidad superior a la del otro seguro, pagaremos la cantidad que ellos no cubran.

**Circunstancias fuera de nuestro control (causa mayor).** Siempre intentamos hacer lo mejor para ti, pero no somos responsables de retrasos o fallos en nuestras obligaciones causados por cosas que están fuera de nuestro razonable control. Ejemplos de esto son fenómenos atmosféricos extremos, inundaciones, corrimientos de tierra, terremotos, tormentas, rayos, fuego, hundimientos, epidemias, actos de terrorismo, acciones de hostilidad militar (se haya declarado una guerra o no), disturbios, explosiones, huelgas u otros conflictos laborales, alteración del orden público, sabotaje y expropiación por las autoridades gubernamentales.

### **Cancelación y fraude.**

- a) Para **pólizas con evaluación médica completa**, la información que tú y sus dependientes nos dais, por ejemplo en el formulario de afiliación o documentos de referencia, debe ser precisa y completa. Si no es correcta o no nos informas sobre cosas que podrían afectar a nuestra decisión sobre el riesgo, podría anularse tu póliza desde la fecha de inicio. También tienes que informarnos sobre cualquier enfermedad que aparezca entre el momento de completar el formulario y la fecha de inicio de la póliza. Las enfermedades sobre las que no nos informes probablemente no estarán cubiertas. Si no estás seguro de que cierta información sea importante para la evaluación, llámanos y podremos aclararlo.
- b) Para **pólizas con moratoria**, la cobertura con moratoria se seguirá aplicando aunque nos informes de alguna enfermedad preexistente que pudieras tener. Podemos aplicar nuevas condiciones al plan o anularlo, o reducir o rechazar cualquier reembolso relacionado, en base a tus nuevos hechos sustanciales.
- c) No pagaremos ninguna prestación en estos casos:
  - La solicitud de reembolso es falsa, fraudulenta o intencionadamente exagerada.
  - Tú o tus dependientes o algún tercero en tu nombre usan medios fraudulentos para obtener beneficio de esta póliza.

La cantidad de cualquier reembolso que te hayamos pagado antes de descubrir el acto fraudulento o la omisión se nos deberá inmediatamente. Nos reservamos el derecho a informar a tu empresa de cualquier actividad fraudulenta.



**Contactar con los dependientes.** Para administrar tu póliza, podríamos necesitar pedir información adicional. Si necesitamos preguntarte sobre un dependiente (por ejemplo cuando necesitemos el correo electrónico de un dependiente adulto), podríamos contactar contigo para que nos des la información en nombre del dependiente, siempre que no sea información sensible. Del mismo modo, para administrar los reembolsos, podríamos enviarte información no sensible relativa a un dependiente.

**Uso de Medi24.** El servicio de consejo médico Medi24 y su información y recursos relacionados con la salud son de gran ayuda, pero no sustituyen el consejo médico profesional o la atención que recibes de tu médico. Este servicio no está concebido para usarse para diagnósticos o atención médica y no debes contar con él para esos fines. Pídele siempre consejo a tu médico antes de empezar un tratamiento o si tienes preguntas sobre una enfermedad. No somos responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño producidos directa o indirectamente como resultado de tu uso de Medi24 o de la información y los recursos proporcionados por este servicio. Las llamadas realizadas a Medi24 se graban y podrían utilizarse para formación del personal y control de calidad y legalidad.

# Protección de datos

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad y tratamos tu información personal. Léelo antes de enviarnos datos personales. Para leerlo visita:

 [www.allianzcare.com/es/privacidad](http://www.allianzcare.com/es/privacidad)

También puedes llamarnos para solicitar una copia en papel.

 [+353 1 630 1304](tel:+35316301304)

Si tienes alguna pregunta sobre cómo tratamos tu información personal escríbenos.


 [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

# Protocolo para quejas

Para cualquier comentario o queja, el primer punto de contacto es nuestra línea de asistencia. Si no nos es posible resolver el problema al teléfono, por favor escríbenos:

 [+353 1 630 1304](tel:+35316301304)

 [client.services@e.allianz.com](mailto:client.services@e.allianz.com)

 Departamento de Defensa del Cliente (Customer Advocacy Team), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

Tu queja será tratada siguiendo nuestro protocolo interno para la gestión de quejas.

Para más detalles visita:

 [www.allianzcare.com/es/quejas](http://www.allianzcare.com/es/quejas)

También puedes ponerte en contacto con nuestra línea de asistencia para obtener una copia de este protocolo.

# Definiciones

Las siguientes definiciones se aplican a nuestros planes médicos. Las prestaciones para las que estás cubierto se listan en tu tabla de prestaciones. Si tu plan incluye alguna prestación no incluida aquí, la definición aparecerá en la sección «Notas» al final de tu tabla de prestaciones. Cuando estos términos se mencionen en los documentos de tu póliza, siempre tendrán los siguientes significados:

## Repatriación de restos mortales

Transporte de los restos de la persona asegurada fallecida a su país de origen. Si el asegurado muere en su país de origen, cubriremos el transporte al lugar de entierro o cremación en ese país, o a otro país de origen cuando exista más de un país de origen. Cubrimos costes como embalsamamiento, contenedor para el transporte legalmente apropiado, transporte y las autorizaciones gubernamentales necesarias. Los costes de incineración sólo se cubrirán si la incineración es necesaria por razones legales. No cubrimos los gastos de nadie que acompañe los restos mortales salvo cuando se indique como prestación específica en la tabla de prestaciones.

# A

## Accidente

Suceso inesperado y repentino, que provoca una lesión y que se debe a una causa externa al asegurado. La causa y los síntomas de la lesión tienen que ser médica y objetivamente definibles, poder diagnosticarse y necesitar una terapia.

## Administrador de póliza colectiva

Representante de tu empresa designado como punto de contacto entre la empresa y nosotros para los asuntos relacionados con la administración del plan, como altas, pago de primas o renovaciones.

## Agudo

Aparición repentina de síntomas o una enfermedad.

## Ambulancia local

Transporte en ambulancia que es necesario en caso de emergencia o necesidad médica, hasta el hospital o centro médico autorizado y apropiado más cercano.

## Año de seguro

Período que empieza en la fecha de comienzo de tu 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.

## Antecedentes familiares

Existen cuando un padre, abuelo, hermano, hijo o tío han sido previamente diagnosticados con la enfermedad en cuestión.

## Antecedentes familiares directos

Existen cuando un padre, abuelo, hermano o hijo han sido previamente diagnosticados con la enfermedad en cuestión.

## Apnea del sueño

Trastorno del sueño caracterizado por pausas en la respiración o periodos sin respiración durante el sueño. Si esta prestación está indicada en tu tabla de prestaciones, cubriremos el tratamiento médicamente necesario y los procedimientos diagnósticos relacionados con un diagnóstico confirmado o sospechado de apnea del sueño. Los costes cubiertos en esta prestación incluyen los honorarios profesionales, un estudio del sueño médicamente necesario, otras pruebas diagnósticas necesarias, dispositivos de ayuda médica y medicamentos, hasta los límites indicados en tu tabla de prestaciones. Ten en cuenta que se requiere prueba de necesidad médica.

## Asegurado

Tú y tus dependientes, tal como se indica en el certificado de seguro.

## Asistencia posnatal

Atención médica rutinaria que recibe la madre hasta seis semanas después del parto.

### **Asistencia prenatal**

Consultas y pruebas comunes de detección y seguimiento necesarias durante el embarazo. Para mujeres de 35 años o más, incluye pruebas de triple screening o cribado, cuádruple y de espina bífida, amniocentesis y pruebas de ADN si están directamente relacionadas con una amniocentesis apta.

### **Atención ambulatoria**

Atención recibida en un centro ambulatorio o la consulta de un médico, terapeuta o especialista que no requiere hospitalización.

### **Atención ambulatoria de emergencia**

Atención recibida en la sala de urgencias de un hospital o clínica en un plazo de 24 horas tras un accidente o enfermedad repentina, para la que no hay necesidad médica de que ocupes una cama de hospital. Si tu póliza incluye un plan dental, cubrirá la atención dental que exceda el límite de la prestación «Atención dental ambulatoria de emergencia».

### **Atención del recién nacido**

Las siguientes pruebas esenciales, procedimientos de diagnóstico y atención médica necesarios tras el nacimiento:

- Pruebas rutinarias necesarias para evaluar la integridad física, las funciones básicas de los órganos y la estructura ósea del recién nacido.
- Una prueba de audición.
- Pruebas de fenilcetonuria (PKU), hipotiroidismo congénito y G6PD.
- Vitamina K y vacunas de la hepatitis B y la tuberculosis (BCG).

La cobertura no incluye pruebas diagnósticas adicionales, como el análisis de muestras o la determinación del grupo sanguíneo. Sin embargo, si por razones médicas el niño necesita pruebas y tratamiento adicionales, éstos se cubren en la póliza del recién nacido (si se ha añadido como dependiente). Para niños nacidos de partos múltiples como consecuencia de reproducción asistida, todos los bebés nacidos por subrogación y niños adoptados y acogidos, la atención hospitalaria tiene un límite de 24.900 £/30.000 €/40.500 US\$ por niño durante los tres primeros meses tras su nacimiento. Este límite se aplica antes que cualquier otra prestación de tu plan. La atención ambulatoria se paga según las condiciones del plan ambulatorio.

### **Atención dental**

Una revisión dental anual, empastes simples para el tratamiento de la caries, tratamiento del conducto radicular (endodoncia) y medicamentos dentales recetados.

### **Atención dental ambulatoria**

Prestación que cubre específicamente atención dental ambulatoria necesaria como seguimiento de una estancia hospitalaria por daño producido por un accidente a un diente natural. La cobertura se presta cuando la atención

dental ambulatoria se necesita en los 90 días siguientes al alta de la atención hospitalaria relacionada. La cobertura incluye los costes de suministro e implantación de implantes dentales.

### **Atención dental ambulatoria de emergencia**

Atención recibida en una clínica de cirugía dental o una sala de emergencias de un hospital para el alivio inmediato del dolor dental causado por un accidente o una lesión en un diente natural sano. Puede incluir pulpotomía o pulpectomía y los consiguientes empastes temporales, limitado a tres empastes por año de póliza. La atención debe recibirse en las primeras 24 horas tras el incidente que ha causado la emergencia. No incluye ningún tipo de prótesis dentales o restauraciones permanentes ni la continuación del tratamiento del conducto radicular (endodoncia). Sin embargo, si tu póliza también incluye un plan dental, cubrirá la atención dental que exceda el límite de la prestación «Atención dental ambulatoria de emergencia». En ese caso, se aplicarán las condiciones del plan dental.

### **Atención dental hospitalaria de emergencia**

Atención dental aguda de emergencia para el alivio del dolor, que se debe a un accidente grave y requiere ingreso hospitalario. La atención debe recibirse en las primeras 24 horas tras el incidente que ha causado la emergencia. La cobertura no incluye atención dental rutinaria, cirugía dental, prótesis dentales, ortodoncia o periodoncia. Si se presta cobertura para estos tipos de atención, en la tabla de prestaciones aparecerá una prestación específica para ellos.

### **Atención hospitalaria**

Atención recibida en un hospital cuando sea médicamente necesario quedarse ingresado durante la noche.

### **Atención médica/Tratamiento**

Procedimiento médico necesario para curar o aliviar los síntomas de una enfermedad o lesión.

### **Atención médica de emergencia fuera del área de cobertura**

Atención médica para emergencias que ocurran durante un viaje de trabajo o de vacaciones fuera de tu área de cobertura. La cobertura está limitada a seis semanas por viaje dentro del límite de la prestación. Incluye la atención necesaria debido a un accidente o a la aparición o empeoramiento repentinos de una enfermedad grave que representa una amenaza inmediata para tu salud. La atención, prestada por un médico, debe empezar en las primeras 24 horas tras el incidente que causó la emergencia. No se cubre atención curativa o de rutina que no sea de emergencia, incluso si se te considera imposibilitado para viajar a un país de tu área geográfica de cobertura. Tampoco se cubren cargos relacionados con la maternidad, el embarazo, el parto o complicaciones del embarazo o del parto. Informa al administrador de póliza colectiva de tu empresa si vas a viajar fuera de tu área de cobertura durante más de seis semanas.

## Atención poshospitalaria

Atención ambulatoria cubierta en los 90 días siguientes al alta de la atención hospitalaria o en hospital de día para la misma enfermedad aguda. Esta prestación cubre honorarios de los médicos, honorarios de los especialistas, cirugía ambulatoria, medicamentos y apósitos recetados, resonancias magnéticas, TAC y PET, radiografías, patología y otras pruebas y procedimientos diagnósticos.



## Certificado de seguro

Documento que emitimos y que indica los detalles tu cobertura. Confirma que tu empresa tiene una póliza colectiva de seguro con nosotros.

## Circuncisión electiva para niños recién nacidos

Costes del procedimiento quirúrgico de circuncisión electiva realizado en varones recién nacidos en los primeros 30 días tras el nacimiento, así como cualquier consulta de seguimiento requerida.

## Cirugía ambulatoria

Intervención quirúrgica practicada en la consulta de un médico, hospital, clínica o ambulatorio que no requiere que permanezcas en el centro médico durante la noche por necesidad médica.

## Cirugía dental

Extracciones quirúrgicas de piezas dentales, así como otros procedimientos quirúrgicos dentales relacionados con las piezas dentales, como la apicectomía y los medicamentos dentales recetados. Todas las pruebas e investigaciones que determinan la necesidad de cirugía dental, como pruebas de laboratorio, radiografías, TAC y resonancias magnéticas, están incluidas en esta prestación. La cirugía dental no cubre ningún procedimiento quirúrgico que esté relacionado con implantes dentales.

## Cirugía ocular con láser

Mejora quirúrgica de la refracción de la córnea con tecnología láser, incluyendo las pruebas preoperatorias necesarias.

## Cirugía preventiva

Mastectomía profiláctica u ooforectomía profiláctica. Cubriremos la cirugía preventiva cuando se cumplen estas dos condiciones:

- Tienes antecedentes familiares directos en tu historial clínico de una enfermedad que es parte del síndrome de cáncer hereditario, por ejemplo cáncer de mama o cáncer ovárico; y
- Las pruebas genéticas han confirmado la presencia del síndrome de cáncer hereditario.

## Cirugía reconstructiva

Costes de la atención médica para restaurar la función natural o apariencia tras un accidente desfigurador o cirugía para el cáncer. La cobertura está disponible cuando la atención médica para el accidente o la cirugía inicial estaban también cubiertas por esta póliza.

## Complicaciones del embarazo

Se refiere a la salud de la madre. Están cubiertas solamente las siguientes complicaciones que pueden surgir durante las etapas prenatales del embarazo: diabetes gestacional, preeclampsia, muerte del embrión o feto y mola hidatidiforme. En el caso de un embarazo ectópico, aborto espontáneo o amenaza de aborto espontáneo, la cobertura se presta bajo las prestaciones de no maternidad de la afiliada.

## Complicaciones del parto

Cesáreas médicamente necesarias, hemorragia posparto y retención de placenta solamente.

## Concepción asistida

Embarazo concebido con tratamiento para la esterilidad, incluyendo embarazos concebidos con inseminación intrauterina, fecundación in vitro o cualquier otra tecnología de reproducción asistida, y embarazos concebidos en el plazo de un mes tras usar medicación para la fertilidad.

## Consejo general

Cualquier opinión médica o recomendación médica de un organismo profesional acreditado pertinente en relación con una enfermedad o tratamiento médico que confirme, en nuestra opinión razonable, una práctica u opinión médica establecidas.

## Consejo médico

Cualquier opinión médica, recomendación médica o información dada por un profesional médico.

## Contrato corporativo

Acuerdo que tenemos con tu empresa por el cual tú y tus dependientes están asegurados con nosotros. Este contrato establece quién puede estar cubierto, cuándo empieza la cobertura, cómo se renueva y cómo se paga la prima.

## Copago

Porcentaje del coste que debes pagar. Por ejemplo, si una prestación tiene un reembolso del 80%, significa que se aplica un copago del 20%, por lo tanto nosotros pagamos el 80% del coste apto de cada servicio apto por asegurado, por año de seguro.

## CPME/CTT

Exclusiones médicas personales continuas y para condiciones de traspaso continuo. Estos acrónimos se refieren a la continuación de las mismas condiciones de evaluación médica, incluyendo cualquier exclusión o recargo especial, que se aplicó con tu aseguradora anterior. No estarás sujeto a ninguna nueva condición personal de evaluación. La cobertura seguirá rigiéndose según las

prestaciones y las condiciones generales del plan con nosotros. Las condiciones de evaluación con nosotros pueden ser CPME/CTT, anteriormente MORI; o CPME/CTT, anteriormente FMU. Para más información, consulta las definiciones «CPME/CTT, anteriormente MORI» y «CPME/CTT, anteriormente FMU».

### **CPME/CTT, anteriormente FMU**

Continuación de tus condiciones completas de evaluación médica que tenías con una aseguradora anterior. La cobertura seguirá rigiéndose según las prestaciones y las condiciones generales del plan con nosotros.

### **CPME/CTT, anteriormente MORI**

Continuación de la fecha de inicio de tu moratoria si tenías condiciones de evaluación con moratoria con una aseguradora anterior. La cobertura seguirá rigiéndose según las prestaciones y las condiciones generales del plan con nosotros.

### **Cuidados a largo plazo**

Atención durante un período prolongado de tiempo después de que se haya completado el tratamiento agudo, normalmente por una enfermedad crónica o una incapacidad que requiere cuidados recurrentes, intermitentes o continuos. Los cuidados a largo plazo se pueden prestar en el domicilio, en un centro comunitario, en un hospital o en un centro de recuperación.

### **Cuidados de enfermería en el domicilio o en una clínica de recuperación médica**

Enfermería recibidos inmediatamente después o en lugar de una hospitalización o tratamiento en hospital de día aptos. Pagaremos la prestación indicada en la tabla de prestaciones si el médico tratante decide que es médicamente necesario que te quedes en un centro de recuperación o que recibas cuidados de enfermería en el domicilio. Esta prestación también necesita estar aprobada por nuestro director médico. Esta prestación no cubre balnearios, centros de cura, complejos de salud, cuidados paliativos ni cuidados a largo plazo.

### **Cuidados paliativos**

Atención continuada necesaria para aliviar el sufrimiento físico/psicológico asociado a una enfermedad progresiva e incurable y para mantener la calidad de vida. Incluye atención hospitalaria, en hospital de día o ambulatoria tras el diagnóstico de una enfermedad terminal. Pagaremos cuidados físicos, atención psicológica, estancia en hospital o residencia para enfermos terminales, cuidados de enfermería y medicamentos con receta.

## **D**

### **Dentista**

Persona que cumple estos dos requisitos:

- Tiene un título en odontología o cirugía dental por haber asistido a un colegio médico o dental reconocido por un cuerpo profesional acreditado.
- Está licenciado por la autoridad competente para practicar la odontología o la cirugía dental en el país en el que se presta el servicio.

### **Dependiente**

Tu cónyuge o pareja e hijos solteros nombrados como dependientes en tu certificado de seguro. Los hijos están cubiertos hasta el día anterior a su 18 cumpleaños, o el día anterior a su 26 cumpleaños si estudian a tiempo completo.

### **Detección del cáncer**

Revisiones, pruebas y exámenes de salud para la detección precoz de la enfermedad, realizados en intervalos de edad apropiados, sin que haya síntomas clínicos presentes. Para estar cubierto, necesitas recibir los servicios de detección de cáncer en una institución médica con licencia o una institución de pruebas médicas con licencia que siga las directrices internacionales de práctica clínica y esté aceptada por nosotros.

### **Diente natural**

Cualquier diente que sea original, no un implante artificial ni un reemplazo.

### **Disforia de género**

Malestar que una persona siente debido a la discordancia entre su identidad de género y su sexo asignado al nacer.

### **Dispositivos de ayuda médica recetados**

Cualquier dispositivo prescrito y médicamente necesario para permitirte realizar tus actividades diarias. Algunos ejemplos son:

- Ayudas bioquímicas como bombas de insulina, medidores de glucosa y máquinas de diálisis peritoneal.
- Ayudas motrices como muletas, sillas de ruedas, soportes ortopédicos, miembros artificiales y prótesis.
- Audífonos y dispositivos para el habla como laringes electrónicas.
- Medias de compresión médicamente graduadas.
- Ayudas para heridas a largo plazo como vendajes y accesorios de ostomía.

No cubrimos los costes de los dispositivos de ayuda médica que forman parte de cuidados paliativos o cuidados a largo plazo.

## **E**

### **Embarazo**

Periodo de tiempo en el que esperas un bebé, desde la fecha en que se diagnostica hasta la fecha del parto.

## Embarazo y parto

Gastos médicamente necesarios ocasionados durante el embarazo y el parto. Esto incluye los cargos del hospital, los honorarios de especialista, la atención pre y posnatal de la madre, los honorarios de comadrona (durante el parto solamente) y la atención del recién nacido (consulta la definición de «Atención del recién nacido» para ver qué cubrimos en esta prestación y los límites de atención hospitalaria que se aplican a niños adoptados y acogidos y a todos los niños nacidos por subrogación y de partos múltiples consecuencia de reproducción asistida).

Ten en cuenta que las ecografías 3D y 4D están cubiertas hasta el coste de una ecografía 2D solamente.

Las cesáreas que no sean médicamente necesarias están cubiertas hasta el coste de un parto natural en el mismo hospital, sujeto a los límites de la prestación. Las cesáreas médicamente necesarias se pagan en la prestación «Complicaciones del parto».

## Emergencia

Aparición repentina e imprevista de una enfermedad que exige atención urgente. Solamente la atención médica que empieza en un plazo de 24 horas tras el episodio de emergencia está cubierta.

## Empresa

Tu empresa, tal como aparece en el contrato corporativo.

## Enfermedad aguda

Enfermedad que es breve, tiene un final definitivo y, en nuestra razonable opinión, según el consejo o el consejo general, se puede curar con tratamiento.

## Enfermedad crónica

Enfermedad, dolencia, patología o lesión que dura más de seis meses o requiere atención médica (revisiones o tratamiento) al menos una vez al año. Además tiene una o más de las siguientes características:

- Es de naturaleza recurrente
- No tiene una cura conocida generalmente reconocida
- Generalmente no responde bien al tratamiento
- Requiere cuidados paliativos
- Conduce a una incapacidad permanente

Consulta la tabla de prestaciones para confirmar si las enfermedades crónicas están cubiertas por tu póliza.

## Enfermedades congénitas

Cualquier anomalía, deformidad, enfermedad, trastorno, malformación, defecto, anomalía o lesión que sea hereditaria o adquirida antes o durante el nacimiento. Una enfermedad congénita puede diagnosticarse en el nacimiento o más tarde.

## Enfermedades preexistentes

Enfermedades en las que se han presentado uno o más síntomas en algún momento de tu vida o la de tus dependientes. Esto se aplica independientemente de que tú o tus dependientes hayáis visto un médico o recibido atención médica. Consideraremos una enfermedad preexistente si podemos asumir razonablemente que tú o tus dependientes teníais conocimiento sobre ella.

**Las siguientes condiciones sobre enfermedades preexistentes se aplican si tu certificado de seguro muestra que tus condiciones de evaluación son evaluación médica completa o CPME/CTT, anteriormente FMU:**

Tu póliza cubrirá las enfermedades preexistentes, a menos que te digamos lo contrario por escrito.

También consideraremos preexistente cualquier enfermedad que aparezca entre la fecha en que completas el formulario de afiliación y la posterior de las siguientes:

- La fecha de emisión de tu certificado de seguro o
- La fecha de inicio de tu póliza

Tales enfermedades preexistentes estarán sujetas a evaluación médica y, en caso de no declararse, no se cubrirán. Consulta la sección «Notas» en tu tabla de prestaciones para confirmar si las enfermedades preexistentes están cubiertas bajo tu póliza.

**Las siguientes condiciones sobre enfermedades preexistentes se aplican si tu certificado de seguro muestra que tus condiciones de evaluación son con moratoria o CPME/CTT, anteriormente MORI:**

Tu reembolso no se pagará si está relacionado con una enfermedad preexistente, si una o más de las siguientes condiciones se han aplicado en el período de 24 meses anteriores a tu fecha de inicio (o la fecha que aparece en tu certificado de seguro):

- Podía preverse razonablemente que la enfermedad ocurriría después de tu fecha de inicio.
- La enfermedad se mostró claramente.
- Tenías signos o síntomas de la enfermedad.
- Pediste consejo sobre la enfermedad.
- Recibiste atención médica para la enfermedad, o
- Hasta donde sabes, eras consciente de que tenías la enfermedad.

Una vez que hayas cumplido un plazo continuo de 24 meses tras tu fecha de inicio, podemos cubrir tu enfermedad preexistente, siempre que no hayas tenido síntomas, ni necesitado o recibido atención médica, medicación, dieta especial o consejo, ni hayas tenido ninguna otra indicación de la enfermedad.

## Enfermedades relacionadas

Cualquier lesión o enfermedad que, según el consejo médico o el consejo general, determinamos que es el resultado de una o más enfermedades.

## Especialista

Médico licenciado con las cualificaciones adicionales y la experiencia necesarias para ejercer como especialista reconocido en técnicas de diagnóstico, tratamiento y prevención en un campo específico de la medicina.



## Evacuación médica

Se aplica en las siguientes situaciones:

- Si la atención médica necesaria para la que estás cubierto no está disponible a nivel local
- Si no hay sangre compatible disponible en una emergencia

En estos casos te evacuaremos al centro médico adecuado más cercano (que puede o no encontrarse en tu país de origen). La evacuación médica debe solicitarla tu médico y la realizaremos de la forma más económica posible que sea apropiada para tu enfermedad. Después de terminar la atención médica también cubriremos el coste de tu viaje de regreso en tarifa económica a tu país principal de residencia.

Si no puedes viajar ni ser evacuado por razones médicas al darte el alta después de haber recibido atención hospitalaria, cubriremos los gastos razonables de alojamiento en un hotel en una habitación privada con baño, hasta siete días. No cubrimos los gastos de suites ni hoteles de cuatro o cinco estrellas ni el alojamiento de un acompañante.

Si te hemos evacuado al centro médico adecuado más cercano para recibir atención prolongada, cubriremos los gastos razonables de alojamiento en hotel en una habitación privada con baño. Este coste tiene que ser más económico que una serie de viajes entre tu país principal de residencia y el centro médico adecuado más cercano. No se cubre el alojamiento de un acompañante.

Si no hay sangre compatible disponible a nivel local, intentaremos, cuando sea apropiado, localizar y transportar la sangre y el material de transfusión estéril, si el médico tratante y nuestros asesores médicos lo aconsejan. Nosotros y nuestros agentes no tenemos responsabilidad si no lo conseguimos o si la sangre o el material utilizado por los médicos estuviesen contaminados.

Debes contactar con nosotros a la primera señal de que necesitas una evacuación. Desde ese momento nosotros organizaremos y coordinaremos la evacuación hasta que llegues de forma segura a tu destino para ser atendido. Si la evacuación no la hemos organizado nosotros, nos reservamos el derecho a rechazar el reembolso de todos los gastos incurridos.

Podrías estar cubierto también para «Evacuación médica no urgente», si esta prestación aparece en tu tabla de prestaciones.

## Evaluación médica completa

Evaluación del riesgo de seguro basada en la información que nos das cuando solicitas la cobertura. Nuestro equipo de evaluaciones utiliza esta información para decidir las condiciones de nuestra oferta.

# F

## Fecha de entrada en vigor

El primer día que te cubrimos en el plan durante el año de seguro, tal como se indica en tu certificado de seguro.

## Fecha de inicio

Fecha en la que te afilias por primera vez, o te vuelves a afiliarse si ha habido una interrupción en tu cobertura.

## Fisioterapia poshospitalaria

Fisioterapia necesaria en los 90 días siguientes al alta de la atención hospitalaria o del hospital de día de menos de tres días de duración.

## Fisioterapia prescrita

Tratamiento administrado por un fisioterapeuta colegiado tras la derivación de un médico. La fisioterapia (prescrita o una combinación de prescrita y no prescrita) está inicialmente restringida a 12 sesiones por diagnóstico, después de las cuales el médico que te derivó debe revisar el tratamiento. Si necesitas más sesiones, debes enviarnos un nuevo informe de progreso cada 12 sesiones, que indique la necesidad médica de continuar el tratamiento. La fisioterapia no incluye terapias como el Rolfing, los masajes, Pilates, terapia de fango y los «Milta».

## Franquicia

También llamada «deducible» en los seguros médicos, es la parte del coste que tú pagas y que deducimos de la cantidad que pagaremos.

Cuando hay franquicias, se pagan por persona y por año de seguro, salvo cuando tu tabla de prestaciones diga lo contrario.

# G

## Gafas y lentes de contacto prescritas, incluyendo revisión de la vista

Cobertura para revisión de la vista (una revisión por año de seguro) hecha por un optometrista o un oftalmólogo, y para lentes de contacto y gafas graduadas para corregir la vista.

## Gastos de acompañante del paciente evacuado o repatriado

Gastos de viaje de una persona que acompaña al paciente evacuado o repatriado. Si no pueden viajar en el mismo vehículo, pagaremos un transporte alternativo en tarifa económica. Una vez finalizada la atención médica, también

cubriremos los gastos de regreso del acompañante en tarifa económica hasta el país en el que empezó la evacuación o repatriación. La cobertura no incluye gastos de alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.

### **Gastos de alojamiento en hospital para uno de los padres que acompaña a un paciente asegurado menor de 18 años**

Gastos de la estancia en el hospital de uno de los padres o tutor legal durante el tiempo en que el menor está hospitalizado para recibir atención médica apta. Si no hay camas adecuadas disponibles en el hospital, pagaremos los gastos equivalentes a la tarifa de una habitación de hotel de tres estrellas. No cubrimos gastos adicionales, como comidas, llamadas telefónicas, periódicos, etc. Consulta tu tabla de prestaciones para comprobar si se aplican límites de edad para el menor.

### **Gastos de entierro**

Coste del entierro o cremación que tienen lugar fuera del país de origen o del país principal de residencia. No incluye gastos ceremoniales relacionados como comida o bebida, transporte, alojamiento, flores o tarjetas de condolencia.

### **Gastos de viaje de los asegurados para estar con un familiar cercano que está en peligro de muerte o ha muerto**

Gastos razonables de transporte de los familiares asegurados para estar con un familiar de primer grado cercano que está en peligro de muerte o que ha muerto (hasta la cantidad especificada en la tabla de prestaciones). En la cobertura uncluye un viaje de ida y vuelta por asegurado por año de seguro. Si el caso de un familiar fallecido cercano ha muerto, el viaje de los asegurados debe ecompezar en un plazo de 6seis semanas tras la fecha de la muerte.

Un **familiar cercano** es un cónyuge/pareja, padre (incluyendo el padre legalmente adoptivo), padrastro, tutor legal, suegro, hermano (incluyendo hermanastro y cuñado), hijo (incluyendo hijo adoptado, hijo acogido o hijastro), yerno, abuelo o nieto.

Se consideran **costes razonables de transporte** los gastos de transporte de ida y vuelta en tarifa económica. Cuando solicites el reembolso, incluye copias de los billetes de viaje y el certificado de defunción o certificado médico que respalden la razón para viajar. La cobertura no incluye alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.

### **Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado evacuado o repatriado**

Gastos razonables de transporte de todos los familiares asegurados de la persona evacuada o repatriada, incluyendo menores que de otro modo podrían quedar desatendidos. Si todos los familiares no pueden viajar en el mismo vehículo que la persona evacuada/repatriada, pagaremos el viaje de ida y vuelta en clase turista.

La prestación «Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado repatriado» está cubierta si tienes un plan de repatriación. La cobertura no incluye gastos de alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.

### **Gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del asegurado**

Gastos razonables de transporte de los familiares asegurados que hayan estado viviendo con el asegurado que ha muerto, para viajar al país del entierro. Se consideran costes razonables de transporte los gastos de transporte de ida y vuelta en tarifa económica. La cobertura no incluye alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.



### **Habitación de hospital**

Habitaciones estándar privadas o compartidas, según se indique en la tabla de prestaciones. Las habitaciones de lujo, de ejecutivo y las suites no están cubiertas. Esta prestación se aplica sólo cuando la hospitalización no está relacionada con ninguna otra prestación hospitalaria indicada en la tabla de prestaciones. Por ejemplo, si un asegurado ingresa por tratamiento contra el cáncer, la habitación de hospital estará cubierta en la prestación «Oncología» y no en la prestación «Habitación en hospital». Algunos ejemplos de prestaciones que ya incluyen la habitación de hospital (si tu plan los incluye) son: «Psiquiatría y psicoterapia», «Trasplante de órganos», «Oncología», «Embarazo y parto», «Cuidados paliativos» y «Cuidados a largo plazo».

### **Honorarios de comadrona**

Costes cargados por una comadrona o asistente al parto que, conforme a la legislación del país en el que presta su servicio, tiene la formación y la cualificación necesarias.

### **Honorarios de dietista**

Gastos por consejo sobre dieta o nutrición prestado por un profesional de la salud que está colegiado y cualificado para ejercer en el país en el que presta el servicio. Si esta prestación está incluida en tu plan, se cubrirá sólo cuando es necesaria para una patología diagnosticada y apta.

### **Honorarios de especialista**

Cargos por atención no quirúrgica administrada por un médico licenciado. Esta prestación no incluye cobertura para un psiquiatra, un psicólogo ni ningún tipo de atención que ya esté cubierta por otra prestación de tu tabla de prestaciones. No cubrimos la atención de un especialista que esté excluida por tu póliza.

### **Honorarios de médico de cabecera**

Honorarios cargados por la atención no quirúrgica administrada por un médico de cabecera.

## Hospital

Instalación con licencia de hospital de medicina o de cirugía en el país en el que opera 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.

## Hospital de día

Atención planificada recibida en un hospital o centro ambulatorio durante el día, incluyendo una habitación de hospital y asistencia de enfermería, que no necesita que te quedes por la noche y en la que se da el alta.

# I

## Implantes dentales

Prótesis que interactúan con la mandíbula o el cráneo para soportar una prótesis dental, como una corona, un puente o una dentadura postiza. La cobertura sólo se presta si tu plan incluye una prestación específica de «Implantes dentales».

## Implantes y materiales quirúrgicos

Son los que se necesitan para cirugías. Incluyen partes del cuerpo artificiales o dispositivos como materiales para articulaciones de reemplazo, tornillos óseos y placas, válvulas de reemplazo, stents cardiovasculares, desfibriladores implantables y marcapasos.

## Indemnización por muerte accidental

Cantidad indicada en la tabla de prestaciones que se paga si un asegurado (entre 18 y 70 años) muere durante el período de cobertura como consecuencia de un accidente (accidentes de trabajo incluidos).

## Intervenciones quirúrgicas bucales y maxilofaciales

Tratamiento quirúrgico de la boca, las mandíbulas, la cara o el cuello administrados en un hospital por un cirujano oral-maxilofacial para lo siguiente: patología oral, trastornos de la articulación temporomandibular, fracturas faciales, malformaciones congénitas de mandíbula, y enfermedades y tumores de las glándulas salivales.

A menos que tengas un plan dental, no cubrimos las siguientes intervenciones incluso si las administra un cirujano oral-maxilofacial:

- Extracción quirúrgica de piezas dentales impactadas.
- Extracción quirúrgica de quistes.
- Cirugía ortognática para la corrección de la maloclusión.

# L

## Límite vitalicio

Importe total que pagaremos por cualquier gasto apto que ocasiones durante cualquier período en el que te cubrimos en uno o más planes con las mismas o equivalentes prestaciones, incluso si hay alguna interrupción en tu cobertura.

## Logopedia

Tratamiento administrado por un logopeda cualificado para tratar defectos físicos diagnosticados. Esto incluye enfermedades como como obstrucción nasal, defectos neurogénicos (por ejemplo parálisis de la lengua o daño cerebral) o trastornos de la articulación relacionados con la estructura bucal (por ejemplo fisura palatina).

# M

## Medicamentos dentales recetados

Medicamentos recetados por un dentista para el tratamiento de una inflamación o infección dental. La eficacia de los medicamentos dentales recetados deberá estar clínicamente probada para la patología a tratar y deberán estar reconocidos por el regulador farmacéutico del país en el que los medicamentos se recetan. No incluyen enjuagues bucales, productos de flúor, geles antisépticos ni dentífricos.

## Medicamentos y vendajes recetados

Productos recetados por un médico para lo siguiente:

- Tratar un diagnóstico o una enfermedad confirmados
- Compensar una carencia de sustancias vitales en el cuerpo

Los medicamentos deben tener eficacia probada para la enfermedad diagnosticada. También deben estar reconocidos por el regulador farmacéutico del país en el que se usa la receta. Incluso aunque puedas comprar legalmente una medicina sin la receta de un médico en ese país, necesitas tener receta para que se cubra este coste. Puedes solicitar el reembolso de un suministro de hasta 3 meses desde la fecha de la receta, sujeto al tiempo restante de póliza.

## Médico

Persona licenciada para practicar la medicina conforme a la ley del país en que presta el servicio y que practica la medicina dentro de los límites de su licencia.

## Médico de cabecera

Médico profesional cualificado y licenciado para practicar la medicina conforme a la del país en el que presta el servicio y que practica la medicina dentro de los límites de su licencia.

## Moratoria (MORI)

Plazo de carencia de 24 meses a partir de la fecha de inicio o de la fecha mostrada en la sección de condiciones especiales de tu certificado de seguro que debe haber pasado antes de que los reembolsos por cualquier enfermedad preexistente puedan ser aptos en el plan. Esto incluye la condición de evaluación CPME/CTT, anteriormente MORI. Una vez que hayas cumplido un plazo continuo de 24 meses tras tu fecha de inicio, tu enfermedad preexistente puede estar cubierta, siempre que no hayas tenido síntomas, ni necesitado o recibido atención médica, medicación, dieta o consejo especiales, ni hayas tenido ninguna otra indicación de la enfermedad.

# N

## Necesidad médica

Tratamientos, servicios o materiales médicos que tienen las siguientes características:

- Esenciales para identificar y tratar tu enfermedad o lesión.
- Coherentes con tus síntomas, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad subyacente.
- Conformes a la práctica de la medicina generalmente aceptada y los estándares profesionales de la comunidad médica del momento (esto no se aplica a las terapias alternativas si forman parte de tu cobertura).
- Solicitados por razones distintas de tu comodidad o conveniencia o las de tu médico.
- Probados y con valor médico demostrable (esto no se aplica a las terapias alternativas si forman parte de tu póliza).
- Considerados los más apropiados para el tipo y nivel de servicio o material.
- Prestados en las instalaciones apropiadas, en el marco apropiado y con un nivel apropiado de atención para el tratamiento de tu enfermedad.
- Prestados únicamente durante el tiempo apropiado.

En esta definición, el término «apropiado» significa tomar en consideración la seguridad del paciente y la eficacia de los costes. Respecto a la atención hospitalaria, «necesidad médica» también significa que no puede diagnosticarse ni puede tratarse de manera segura y eficaz de forma ambulatoria.

## Nosotros

Allianz Care.



## Obesidad

Se diagnostica cuando una persona tiene un índice de masa corporal (IMC) superior a 30. Hay una calculadora de IMC disponible en <https://www.allianzcare.com/es/recursos/salud-y-bienestar/calculadora-del-imc.html>

## Oncología

Honorarios de especialistas, pruebas diagnósticas, radioterapia, quimioterapia y gastos de hospitalización relativos al tratamiento del cáncer, desde el momento del diagnóstico. También cubrimos el coste de artículos protésicos externos por razones cosméticas, como una peluca en caso de pérdida de cabello o un sujetador protésico como consecuencia del tratamiento contra el cáncer.

## Ortodoncia

Uso de dispositivos para corregir la maloclusión (desalineación de los dientes y la mordida). Sólo cubrimos la ortodoncia que cumple los criterios de necesidad médica descritos a continuación. Como los criterios son muy técnicos, ponte en contacto con nosotros antes de empezar el tratamiento para poder verificar que cumples los criterios.

### Criterios de necesidad médica:

- Protrusión > 6mm, pero <= 9mm
- Prognatismo > 3,5mm sin dificultades masticatorias ni del habla
- Mordida cruzada anterior o posterior con discrepancia > 2mm entre la posición de contacto retruida y la posición intercuspiana
- Desplazamientos graves de los dientes > 4
- Diastema extremo lateral o anterior > 4mm
- Sobremordida aumentada y completa con trauma gingival o palatal
- Hipodoncia menos extensa que requiere ortodoncia prerrestaurativa o cierre del espacio con ortodoncia para obviar la necesidad de una prótesis
- Mordida cruzada lingual posterior sin contacto oclusal funcional en uno o más segmentos bucales
  - Prognatismo > 1mm pero < 3,5mm con dificultades masticatorias y del habla registradas
  - Dientes parcialmente erupcionados, movilizados e impactados contra dientes adyacentes
  - Hiperdoncia existente

Deberás enviarnos información de referencia que muestre que tu tratamiento es médicamente necesario y por lo tanto está cubierto por tu plan. La información que te pedimos puede incluir entre otras cosas lo siguiente:

- Informe médico realizado por el especialista, conteniendo el diagnóstico (tipo de maloclusión) y una descripción de tus síntomas causados por el problema ortodóntico.
- Plan de tratamiento que indique la duración y el coste estimados del tratamiento y el tipo o material del aparato usado.
- El plan de pago acordado con el proveedor médico.
- Prueba de pago de la ortodoncia.
- Fotografías de ambas mandíbulas mostrando claramente la dentición antes del tratamiento.
- Fotografías clínicas de las mandíbulas en oclusión central en vistas frontal y lateral.
- Ortopantomografía (radiografía panorámica).
- Perfil de rayos (radiografía cefalométrica).
- Cualquier otro documento que podamos necesitar para evaluar el caso.

Sólo cubriremos el coste de los aparatos metálicos estándar o aparatos extraíbles. No obstante, cubriremos aparatos cosméticos como aparatos linguales (brackets) o férulas invisibles, hasta el coste de los aparatos metálicos, sujeto al límite de la prestación «Ortodoncia».

# P

## **Pago directo**

Es cuando pagamos los costes de la atención médica o los servicios directamente al proveedor médico en nuestra red médica.

## **País de origen**

País del que tienes un pasaporte válido o es tu país principal de residencia.

## **País principal de residencia**

País en el que tú y tus dependientes (si los tienes) vivís durante más de seis meses al año.

## **Pareja**

Persona con la que has convivido en una relación conyugal durante un periodo continuado de 12 meses.

## **Periodoncia**

Tratamiento dental para enfermedades de las encías.

## **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 no tienes cobertura para prestaciones específicas. Tu tabla de prestaciones indica qué prestaciones están sujetas a plazos de carencia. Los plazos de carencia no se te aplican si tienes una póliza sin evaluación médica.

## **Pólizas con evaluación médica completa**

Pólizas en las que pedimos a las personas aseguradas que nos den información detallada sobre su historial médico cuando soliciten cobertura. Evaluamos el historial médico antes de confirmar la cobertura, para determinar el tipo de riesgo del seguro. En función del riesgo del seguro, podemos confirmar la cobertura con la exclusión de ciertas prestaciones o recargo en la prima. La cobertura para enfermedades preexistentes está sujeta a las condiciones ofrecidas por nuestro equipo de evaluaciones y se rige por las prestaciones y las condiciones generales de la póliza.

## **Pólizas con moratoria**

Pólizas en las que no consideramos o evaluamos el historial médico de las personas aseguradas cuando solicitan cobertura. Las personas aseguradas están cubiertas para todos los gastos aptos incluidos en su plan, sujetos a las condiciones de la póliza; sin embargo, cualquier reembolso relacionado con enfermedades preexistentes está sujeto a moratoria (ver definición).

## **Pólizas sin evaluación médica**

Pólizas en las que no solicitamos a las personas aseguradas que nos den información sobre su salud en el momento de afiliarse, ya que su historial médico no se considera ni se evalúa. Las enfermedades preexistentes están cubiertas sujetas a las prestaciones y condiciones generales de la póliza.

## **Previsible**

Enfermedad que, en nuestra razonable opinión, podría anticiparse razonablemente.

## **Profesional de la salud mental**

Profesional que trabaja en salud, terapia o servicios sociales y ofrece servicios para tratar enfermedades de salud mental.

## **Prótesis dentales**

Coronas, restauraciones cerámicas, reconstrucciones adhesivas, puentes y dentaduras postizas, y todos los tratamientos adicionales necesarios. Los implantes dentales no están cubiertos por la prestación «Prótesis dentales», pero pueden incluirse en tu cobertura bajo una prestación separada: «Implantes dentales».

## **Prueba anual de audición**

Pruebas realizadas o prescritas por un especialista y realizadas sin que haya ningún síntoma clínico presente. Si esta prestación está disponible en tu plan, cubrimos una prueba por año de seguro. Los siguientes servicios están cubiertos por la prestación:

- Consulta
- Audiometría de tonos puros
- Timpanometría

## Pruebas alérgicas

Visitas a un médico licenciado para hacer pruebas y descubrir si tus síntomas están relacionados con una alergia. Si está incluida en tu plan como prestación específica, la cobertura está limitada a la cantidad indicada en tu tabla de prestaciones.

## Pruebas diagnósticas

Investigaciones como radiografías o análisis de sangre, realizadas con fines diagnósticos. Estas pruebas están cubiertas cuando ya tienes síntomas o cuando se necesitan tras los resultados de otras pruebas. Esta prestación no cubre revisiones anuales o de rutina.

## Pruebas prehospitalarias

Pruebas prehospitalarias ambulatorias realizadas en las 72 horas previas a la atención hospitalaria o en hospital de día cubiertas por tu plan.

## Psiquiatría y psicoterapia

Tratamiento de trastornos mentales, de conducta y personalidad, incluidos el trastorno del espectro autista y el de la conducta alimentaria. El tratamiento debe administrarlo un psiquiatra, un psicólogo clínico o un psicoterapeuta. La enfermedad debe ser clínicamente significativa y el tratamiento, médicamente necesario.

Todos los tratamientos hospitalarios o en hospital de día deben incluir la receta de la medicación relativa a la enfermedad. La psicología ambulatoria (si está cubierta) requiere la derivación de un médico y está inicialmente limitada a 10 sesiones por diagnóstico. Después de 10 sesiones, un psiquiatra debe revisar el tratamiento. Si necesitas más sesiones, debes enviarnos un informe de progreso que indique el diagnóstico y la necesidad médica de continuar el tratamiento.

Hay terapia disponible a través de nuestro programa de asistencia al empleado (PAE) y consiste en intervenciones centradas en las soluciones a corto plazo. Normalmente, hace frente a problemas actuales de fácil resolución en el nivel consciente. Ésta no va dirigida a situaciones más a largo plazo ni al tratamiento de trastornos clínicos. El PAE puede ayudarte a ti y a tus familiares más próximos a hacer frente a situaciones difíciles que pueden surgir a lo largo de la vida tales como el estrés, la ansiedad, la pérdida de un ser querido, las dificultades laborales, los problemas de las relaciones, la transición intercultural o el afrontamiento del aislamiento y la soledad. Para más información, consulta la sección «Programa de asistencia al empleado (PAE)» de esta guía.



## Razonable y habitual

Costes de la atención médica que son habituales en el país en que se presta. Sólo reembolsaremos el coste de proveedores médicos cuando sus cargos sean razonables y habituales, y conforme a la práctica convencional de la medicina generalmente aceptada.

## Red médica

Todos los proveedores médicos con los que tenemos acuerdos para el pago directo de los gastos médicos de nuestros afiliados.

## Rehabilitación

Tratamiento que combina terapias como la fisioterapia, la terapia ocupacional y la logopedia. Trata de restablecer la forma y el funcionamiento originales tras una lesión, enfermedad aguda o cirugía. El tratamiento debe administrarse en un centro autorizado y empezar en un plazo de 14 días tras el alta del tratamiento agudo médico o quirúrgico.

La cobertura sólo se presta en esta prestación si has recibido atención hospitalaria durante tres o más días o noches seguidos para la misma enfermedad.

## Repatriación médica

Cobertura opcional que, si se ha seleccionado, aparece en la tabla de prestaciones. Si la atención médica necesaria para la que estás cubierto no está disponible a nivel local, puedes solicitar la evacuación médica a tu país de origen para recibir atención médica, en lugar de al centro médico adecuado más cercano. Esto sólo se aplica si tu país de origen está en tu área geográfica de cobertura. Después de terminar la atención médica también cubriremos el coste de tu viaje de regreso en tarifa económica, a tu país principal de residencia. El viaje de regreso debe hacerse en el plazo de un mes tras la finalización de la atención médica.

Debes contactar con nosotros a la primera señal de que necesitas una repatriación. Desde ese momento nosotros organizaremos y coordinaremos la repatriación hasta que llegues de forma segura a tu destino para ser atendido. Si la repatriación no la hemos organizado nosotros, nos reservamos el derecho a rechazar el reembolso de todos los gastos incurridos.

## Revisión rutinaria de la salud y el bienestar incluyendo pruebas para la detección precoz de enfermedades

Revisiones médicas, pruebas e investigaciones realizadas a intervalos de edad apropiados sin que haya síntomas presentes. Para estar cubierto, necesitas recibir los servicios de revisión de la salud y el bienestar en una institución médica con licencia o una institución de pruebas médicas con licencia que siga las directrices internacionales de práctica clínica y esté aceptada por nosotros.

# S

## Servicios de disforia de género

Los siguientes tipos de atención médicamente necesarios:

- Servicios de salud conductual, como terapia para la disforia de género y enfermedades psiquiátricas relacionadas (por ejemplo ansiedad o depresión). El tratamiento debe prescribirlo un psiquiatra o un psicólogo clínico.
- Terapia hormonal.
- Revisiones preventivas de salud relacionadas con la edad y específicas de género, como detección del cáncer cervical, de mama o de próstata, conforme a la anatomía biológica de la persona.
- Reasignación de género y cirugía relacionada, si se te diagnostica disforia de género y se cumplen los siguientes criterios:
  - Tienes al menos 18 años.
  - Tienes una carta de recomendación de un profesional de la salud mental para cirugía de pecho o dos cartas de recomendación de dos profesionales de la salud mental distintos para cirugía genital, incluyendo un informe extenso. También aceptaremos una carta de un profesional licenciado (alguien que trabaja en el campo de la salud mental: psiquiatra, enfermero mental o psicólogo y que ha hecho una carrera en este área) si la segunda carta es de un psiquiatra o un psicólogo clínico. La recomendación debe estar basada en evaluaciones realizadas en los últimos 24 meses y debe indicar que tu decisión está vigente y no se debe a ninguna otra enfermedad o trastorno tratables. Cada recomendación debe indicar que la cirugía es médicamente necesaria según las directrices médicas basadas en evidencias.

## Servicios de videoconsulta

Servicios que prestan acceso directo a un médico a través de una plataforma de telecomunicaciones. Esta prestación cubre los costes de las videoconsultas, tal como se indica en tu tabla de prestaciones, y ofrece consejo médico, diagnóstico y emisión de una receta, en caso necesario, para la atención médica no urgente. El acceso a servicios de teleconsulta y recetas dependerá de tu ubicación geográfica y las regulaciones locales del país. Puedes pedir una cita para hablar con un médico de cabecera en español, sujeto a disponibilidad. Algunos proveedores externos pueden ofrecer idiomas oficiales adicionales. El coste de las medicinas no se incluye, pero la entrega de las mismas o las derivaciones pueden incluirse o no en esta prestación, incluso si se prescriben o se derivan durante la videoconsulta.

## Subsidio por hospitalización

Cantidad que te pagamos si recibes atención hospitalaria por una enfermedad que estaría cubierta por tu plan, pero en el país en que recibes la atención, la recibes gratis. Esto ocurre cuando el coste total de tu ingreso en el hospital y la atención hospitalaria está financiado por el gobierno. Como no recibes ninguna factura ni pagas ninguna cantidad a tu proveedor médico, no puedes solicitar un reembolso con nosotros ni ninguna otra aseguradora que puedas tener, ya que no hay gastos por tu parte. En este caso puedes solicitar el pago del subsidio por hospitalización, que está limitado a la cantidad especificada en la tabla de prestaciones y se paga después de que recibas el alta del hospital.

# T

## Terapeuta

Quiropráctico, osteópata, terapeuta de medicina tradicional china, homeópata, acupuntor, terapeuta de ayurveda, fisioterapeuta, logopeda, profesional de la terapia ocupacional o de la terapia oculomotora con titulación y licencia para ejercer la profesión en el país en el que se presta el servicio.

## Terapia de sustitución hormonal

Uso de hormonas femeninas para aliviar los síntomas de la pérdida de la función ovárica, tanto en el momento de la menopausia natural como tras la extracción quirúrgica de los ovarios. Cubre los honorarios del médico y del especialista y los gastos de medicamentos recetados.

## Terapia ocupacional

Terapia que te ayuda a desarrollar las habilidades necesarias para la vida diaria y la interacción con otras personas y el entorno. Se refiere a lo siguiente:

- Habilidades motoras gruesas y finas (cómo realizas tareas pequeñas y precisas y movimientos de todo el cuerpo)
- Integración sensorial (cómo el cerebro organiza una respuesta a tus sentidos)
- Coordinación, equilibrio y otras habilidades como vestirte, comer y asearte

Necesitaremos un informe médico de progreso cada 20 sesiones.

## Terapias alternativas

Terapias que están fuera de la medicina convencional occidental. Consulta tu tabla de prestaciones para confirmar si alguna de las siguientes terapias alternativas está cubierta: quiropráctica, osteopatía, podología, homeopatía, medicina herbal china, acupuntura, Tui na, ventosas, acomodo de huesos y ayurveda practicadas por terapeutas cualificados. Si está disponible, los costes de la consulta también estarán cubiertos en esta prestación.

## Trasplante de órganos

Los siguientes trasplantes de órganos o tejido: corazón, corazón/válvula cardíaca, corazón/pulmón, hígado, páncreas/riñón, riñón, médula ósea, glándula paratiroides, córnea, y musculoquelético. No reembolsamos los gastos de adquisición de órganos.

## Tratamiento de la infertilidad

Todas las pruebas diagnósticas invasivas necesarias para establecer la causa de la esterilidad, como histerosalpingografía, laparoscopia o histeroscopia. También cubre tratamientos como la fecundación in vitro, para casos diagnosticados de esterilidad. El coste del tratamiento para la esterilidad se cubrirá para el asegurado que reciba el tratamiento, hasta el límite indicado en la tabla de prestaciones. No puedes usar la cobertura de tu cónyuge/pareja para cubrir costes que excedan tu límite.

Todas las pruebas no invasivas realizadas para establecer la causa de la esterilidad se cubren hasta el límite de la prestación correspondiente del plan ambulatorio (si tienes uno). Algunos ejemplos de prestaciones que cubren pruebas no invasivas son «Pruebas diagnósticas», «Honorarios de médico de cabecera» y «Honorarios de especialista»

Para niños nacidos de partos múltiples como consecuencia de reproducción asistida, todos los bebés nacidos por subrogación y niños adoptados y acogidos, la atención hospitalaria tiene un límite de 24.900 £/30.000 €/40.500 US\$ por niño durante los tres primeros meses tras su nacimiento. Este límite se aplica antes que cualquier otra prestación de tu plan. La atención ambulatoria se paga según las condiciones del plan ambulatorio.

## Tratamiento del trastorno del espectro autista

Gama de terapias para mejorar las aptitudes de un asegurado con autismo. Esto incluye tratamiento médico especializado y programas de conducta acreditados. El tratamiento está cubierto como parte de la prestación «Psiquiatría y psicoterapia» de tu plan ambulatorio, si tienes uno. Consulta tu tabla de prestaciones para ver los límites que pueden aplicarse. No cubrimos ingresos, estancias o tratamiento en hospital de día en instituciones académicas especializadas.

## Tratamiento del VIH o SIDA

Prestación que cubre consultas, pruebas y atención hospitalaria y ambulatoria relacionadas con un diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Si está incluida en tu plan como prestación específica, la cobertura está limitada a la cantidad indicada en tu tabla de prestaciones.

## Tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria

Combinación de psicoterapias, entre las que se incluyen terapia cognitivo-conductual, supervisión médica, medicación recetada y asesoramiento nutricional para tratar la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

Todos los tratamientos hospitalarios o en hospital de día deben incluir la receta de la medicación relativa a la enfermedad.

La terapia ambulatoria (si está cubierta) requiere la derivación de un médico e inicialmente tiene un límite de 10 sesiones por diagnóstico. Después de 10 sesiones, un psiquiatra debe revisar el tratamiento. Si necesitas más sesiones, debes enviarnos un informe de progreso que indique el diagnóstico y la necesidad médica de continuar el tratamiento.

## Tratamiento ortomolecular

Tratamiento alternativo que trata de restablecer el equilibrio bioquímico del individuo con suplementos. Utiliza sustancias naturales como vitaminas, minerales, enzimas y hormonas.

## Tratamiento preventivo

Tratamiento que recibes sin presentar síntomas clínicos en el momento de recibirlo (por ejemplo la extracción de un tumor precanceroso). Esta prestación se cubre si «Tratamiento preventivo» aparece en tu tabla de prestaciones.

## Tú

Persona que trabaja para la empresa y sus dependientes, nombrados en el certificado de seguro.



## Vacunas

- Todas las vacunaciones básicas y las inyecciones de refuerzo obligatorias por ley en el país en el que se administran
- La vacunación contra la Covid-19\*, donde el gobierno no la ofrezca gratuitamente o la financie sólo parcialmente en tu país de residencia
- Vacunas de viaje médicamente necesarias
- Pastillas de prevención de la malaria

Cubrimos el coste de la consulta para administrar la vacuna y el de la vacuna.

\*Cubrimos cualquier vacuna para la Covid-19 en estos casos:

- Cuando la vacuna ha completado los procesos de desarrollo clínico necesarios, incluyendo los ensayos clínicos previos a la licencia (fases I, II y III) que demuestran su eficacia y seguridad.
- Cuando la vacuna ha completado el proceso de aprobación de varios pasos para la autoridad reguladora correspondiente y está aprobada para su uso en la jurisdicción en la que la necesitas.
- Cuando el gobierno no la ofrece gratuitamente o la financia sólo parcialmente en el país en que resides.

Cubrimos los costes razonables y habituales de la vacuna para la Covid-19, incluyendo la administración de la inyección, según las políticas sanitarias locales relacionadas con la asignación de vacunas. No pagamos el coste de



desplazamiento si decides viajar a un país diferente de donde resides normalmente para obtener la vacuna. La cobertura no pretende darte prioridad en el acceso a la vacuna.

# Exclusiones

Aunque cubrimos la mayoría de la atención médicamente necesaria, no cubrimos los siguientes gastos salvo cuando se indique lo contrario en la tabla de prestaciones o en alguna otra cláusula adicional de la póliza.

## **ADQUISICIÓN DE UN ÓRGANO**

Gastos para la adquisición de un órgano, como la búsqueda de un donante compatible, la tipificación, la conservación, el transporte y los costes administrativos.

## **ANÁLISIS GENÉTICOS TRIPLES, CUÁDRUPLES O DE ESPINA BÍFIDA**

Análisis genéticos triples, cuádruples o de espina bífida, excepto para mujeres de 35 años o más.

## **ATENCIÓN MÉDICA EN LOS EE.UU. EN LOS SIGUIENTES CASOS**

Atención médica en los Estados Unidos si creemos que la cobertura se adquirió con el fin de viajar a los Estados Unidos para recibir atención médica para una enfermedad o síntomas que ya conocías:

- antes de estar asegurado con nosotros;
- antes de tener los EE.UU. en tu área de cobertura.

Si hemos pagado algún reembolso en estas circunstancias, nos reservamos el derecho a exigirte la devolución.

## **ATENCIÓN MÉDICA FUERA DEL ÁREA GEOGRÁFICA DE COBERTURA**

Atención médica fuera del área geográfica de cobertura, excepto en casos de emergencia o autorizados por nosotros.

## **CAMBIO DE SEXO**

Operaciones de cambio de sexo y tratamientos relacionados, como los siguientes:

- Blefaroplastia
- Implantes malares/de pómulos
- Implantes de barbilla/nariz
- Inyecciones de colágeno
- Estiramiento facial/de frente

- Reducción ósea facial (osteoplastia)
- Eliminación de pelo/trasplante de pelo
- Reducción de mandíbula
- Laringoplastia
- Rinoplastia
- Rejuvenecimiento cutáneo (por ejemplo dermoabrasión, exfoliación química)
- Condrioplastia tiroidea
- Estiramiento del cuello
- Aumento de labios
- Inyecciones de botox y de relleno

### **CARILLAS DENTALES**

Carillas dentales y procedimientos relacionados.

### **COMPLICACIONES CAUSADAS POR ENFERMEDADES NO CUBIERTAS EN TU PLAN**

Gastos ocasionados por complicaciones directamente causadas por una enfermedad, lesión o tratamiento cuya cobertura está excluida o limitada en tu plan.

### **CONSULTAS REALIZADAS POR TI O UN FAMILIAR**

Consultas realizadas y medicamentos recetados por ti, tu cónyuge/pareja, tus padres o tus hijos.

### **CONTAMINACIÓN QUÍMICA Y RADIATIVIDAD**

Tratamiento para enfermedades debidas directa o indirectamente a contaminación química, radiactividad o cualquier material nuclear, incluidos los combustibles nucleares.

### **DESARROLLO TARDÍO**

Retraso en el desarrollo cognitivo o físico, a menos que el niño no haya alcanzado el desarrollo esperado para un niño de su edad. No cubrimos enfermedades en las que el niño tiene un retraso leve o temporal. El retraso en el desarrollo tiene que estar cuantitativamente medido por profesionales médicos cualificados y documentado como un retraso de al menos 12 meses.

### **DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO**

Cuidados o tratamientos por drogadicción o alcoholismo (incluidos los tratamientos de desintoxicación y los programas para dejar de fumar), muerte asociada a drogadicción o alcoholismo, o tratamiento de cualquier enfermedad que en nuestra razonable opinión está relacionada con, o es consecuencia directa de drogadicción o alcoholismo (por ejemplo fallo orgánico o demencia).

## **EMBARCACIÓN EN EL MAR**

Evacuaciones o repatriaciones desde una embarcación en el mar hasta un centro médico en tierra.

## **ENFERMEDADES CONTRAÍDAS INTENCIONALMENTE Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS**

Cuidados y tratamiento para enfermedades contraídas intencionadamente o lesiones autoinfligidas, incluido el intento de suicidio.

## **ENFERMEDADES PREEXISTENTES (APLICABLES A PÓLIZAS CON EVALUACIÓN MÉDICA COMPLETA O CPME/CTT, ANTERIORMENTE FMU)**

Enfermedades preexistentes (incluyendo enfermedades crónicas preexistentes), en estos casos:

- Cuando estén indicadas en la carta de condiciones especiales que emitimos antes del inicio de tu póliza
- Cuando las enfermedades no se han declarado en el formulario de afiliación
- Cuando las enfermedades aparecen entre el momento de completar el formulario de afiliación y la posterior de las siguientes:
  - La fecha de emisión de tu certificado de seguro o
  - La fecha de inicio de tu póliza

Tales enfermedades también estarán sujetas a evaluación médica y, en caso de no declararse, no se cubrirán.

## **ENFERMEDADES PREEXISTENTES (APLICABLES A PÓLIZAS CON MORATORIA O CPME/CTT, ANTERIORMENTE MORI)**

Enfermedades preexistentes cuando una o más de las siguientes condiciones se han aplicado en el período de 24 meses anteriores a tu fecha de inicio (o la fecha que aparece en tu certificado de seguro):

- Podía preverse razonablemente que la enfermedad ocurriría después de tu fecha de inicio.
- La enfermedad se mostró claramente.
- Tenías signos o síntomas de la enfermedad.
- Pediste consejo sobre la enfermedad.
- Recibiste atención médica para la enfermedad.
- Hasta donde sabes, eras consciente de que tenías la enfermedad.

Una vez que hayas cumplido un plazo continuo de 24 meses tras tu fecha de inicio, tu enfermedad preexistente puede estar cubierta, siempre que no hayas tenido síntomas, ni necesitado o recibido atención médica, medicación, dieta especial o consejo, ni hayas tenido ninguna otra indicación de la enfermedad.

### **ERROR MÉDICO**

Atención necesaria como consecuencia de errores médicos.

### **ESTANCIAS EN CENTROS TERAPÉUTICOS**

Estancias en centros terapéuticos, balnearios, termas y otros centros de recuperación o de salud, aunque las haya prescrito un médico.

### **ESTERILIZACIÓN, DISFUNCIÓN SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN**

Pruebas, tratamientos y complicaciones relacionadas con lo siguiente:

- Esterilización
- Disfunción sexual (salvo cuando la enfermedad sea el resultado de prostatectomía radical debida a cirugía oncológica).
- Anticoncepción (incluyendo la inserción y extracción de aparatos anticonceptivos y otros anticonceptivos), salvo cuando estén recetados por razones médicas no relacionadas con el control de la natalidad.

### **GASTOS DE DESPLAZAMIENTO**

Gastos de desplazamiento para ir o volver de las instalaciones médicas (incluidos los costes de aparcamiento) para recibir atención médica, excepto cuando estén cubiertos en las prestaciones «Transporte local en ambulancia», «Evacuación médica» y «Repatriación médica».

### **GASTOS POR CUMPLIMENTAR UN FORMULARIO**

Honorarios de un médico por cumplimentar un formulario de reembolso u otros gastos administrativos.

### **GESTACIÓN SUBROGADA**

Atención médica directamente relacionada con la gestación subrogada tanto si eres la madre subrogada como si eres uno de los padres comitentes.

### **INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO**

Interrupción voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la mujer embarazada esté en peligro.

### **LESIONES CAUSADAS POR LA PRÁCTICA DE DEPORTE PROFESIONAL**

Tratamiento o pruebas diagnósticas para lesiones originadas durante la práctica de deportes a nivel profesional.

### **LOGOPEDIA**

Logopedia relacionada con el desarrollo tardío, dislexia, dispraxia o trastornos expresivos del lenguaje.

### **NO CONSULTAR UN MÉDICO O NO SEGUIR SUS INDICACIONES**

Atención médica necesaria por no haber seguido las indicaciones del médico o por no haber acudido a un médico.

### **PARTICIPACIÓN EN GUERRAS O ACTOS CRIMINALES**

Muerte o tratamiento de cualquier enfermedad, patología o lesión resultado de la participación activa en las siguientes circunstancias, independientemente de que se haya declarado o no una guerra:

- Guerra
- Disturbios
- Alteración del orden público
- Terrorismo
- Actos criminales
- Actos ilegales
- Actos en defensa contra cualquier hostilidad extranjera

### **PÉRDIDA DEL CABELLO Y TRASPLANTE CAPILAR**

Pruebas diagnósticas y tratamiento de la pérdida del cabello, incluido trasplante de cabello y otros reemplazos de pelo, a menos que la pérdida del cabello se deba al tratamiento contra el cáncer.

### **PRE Y POSNATAL**

Clases prenatales y posnatales.

### **PRODUCTOS COMPRADOS SIN RECETA**

Productos que puedan comprarse sin la receta de un médico.

### **PRUEBAS GENÉTICAS**

Pruebas genéticas, salvo en los siguientes casos:

- a) Cuando tu plan incluye prestaciones específicas para pruebas genéticas.
- b) Cuando las pruebas de ADN están directamente relacionadas con una amniocentesis apta, por ejemplo en mujeres de 35 años o más.
- c) Cuando las pruebas para el receptor genético de tumores están cubiertas.

### **RESTOS MORTALES**

Compra de una parcela funeraria o costes del funeral, como por ejemplo flores y los honorarios del director de servicios funerarios.

### **SUSTANCIAS, PRODUCTOS PERSONALES Y SUPLEMENTOS DIETÉTICOS**

Sustancias, productos personales y suplementos dietéticos, incluyendo vitaminas y minerales (excepto durante el embarazo o para tratar síndromes de deficiencia vitamínica diagnosticados), enjuague bucal, dentífrico, pastillas y aerosoles antisépticos, champú, protector solar, productos cosméticos, desinfectante, guantes, mascarillas, visores, termómetros, comida infantil, productos para bebés y leche maternizada de consumo oral. Estos productos están excluidos aunque estén recetados o recomendados por un médico y tengan efectos terapéuticos reconocidos. Los gastos relativos a consultas de dietista o nutricionista tampoco están cubiertos, salvo cuando haya una prestación específica en tu tabla de prestaciones.

### **TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA**

Gastos relativos a un terapeuta o asesor familiar en casos de atención ambulatoria de psicoterapia familiar o de pareja.

### **TERAPIAS ALTERNATIVAS**

Terapias alternativas, a excepción de las indicadas en la tabla de prestaciones.

### **TRASTORNOS DEL SUEÑO**

Tratamiento para los trastornos del sueño, incluyendo insomnio, apnea obstructiva del sueño, narcolepsia, ronquido y bruxismo.

### **TRATAMIENTO COSMÉTICO**

Cualquier tratamiento cosmético o estético para mejorar tu apariencia, incluso cuando está prescrito por un médico. Esto incluye el tratamiento realizado por un cirujano plástico, independientemente del hecho de que sea necesario por razones médicas o psicológicas. Se aplican las siguientes excepciones:

- 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, si el accidente o la cirugía estaban también cubiertos por esta póliza.
- Cirugía de reasignación de género, si cumple con los criterios para los servicios de disforia de género.

#### **TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD**

Tratamiento de la infertilidad, incluyendo la reproducción asistida o el tratamiento para cualquier problema médico que surja de ella, salvo cuando tienes una prestación específica para el tratamiento de la infertilidad o tienes las prestaciones ambulatorias necesarias que cubren pruebas no invasivas para determinar la causa de la infertilidad (como «Honorarios de médico de cabecera», «Honorarios de especialista» o «Pruebas diagnósticas»).

#### **TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD**

Pruebas y tratamiento para la obesidad, incluyendo cirugía bariátrica, píldoras o suplementos dietéticos, suscripciones a clubs de salud, programas dietéticos o programas residenciales para trastornos de la conducta alimentaria.

#### **TRATAMIENTO ORTOMOLECULAR**

Consulta la definición de «Tratamiento ortomolecular».

#### **TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS EXPERIMENTALES O SIN PROBAR**

Cualquier tratamiento o medicamento que en nuestra razonable opinión es experimental o cuya eficacia no haya sido probada en el marco de la práctica general de la medicina.

#### **VISITAS A DOMICILIO**

Visitas médicas a domicilio, salvo cuando sean necesarias por la aparición repentina de una enfermedad aguda que te deja incapacitado para ir hasta la consulta de un médico o terapeuta.

#### **PRESTACIONES QUE NO ESTÁN EN TU TABLA DE PRESTACIONES**

Las siguientes prestaciones o cualquier consecuencia adversa o complicaciones relacionadas con ellas, salvo cuando que se indique lo contrario en tu tabla de prestaciones:

- Complicaciones del embarazo y del parto.
- Enfermedades congénitas
- Atención dental, cirugía dental, periodoncia, ortodoncia, implantes dentales y prótesis dentales. La única excepción es los procedimientos quirúrgicos maxilofaciales, que están cubiertos dentro del límite total de tu plan principal.
- Honorarios de dietista.



- Circuncisión electiva para niños recién nacidos.
- Atención dental de emergencia.
- Gastos de acompañante del paciente evacuado o repatriado.
- Revisión rutinaria de la salud/bienestar y pruebas para la detección precoz de enfermedades.
- Tratamiento del VIH/SIDA
- Homeopatía, medicina herbal china, Tui na, ventosas, acomodo de huesos, acupuntura y tratamiento ayurvédico.
- Terapia de sustitución hormonal
- Tratamiento de la infertilidad.
- Psiquiatría y psicoterapia hospitalarias.
- Cirugía ocular con láser.
- Evacuación médica en caso de atención médica no urgente.
- Repatriación médica.
- Psiquiatría y psicoterapia ambulatorias.
- Atención ambulatoria.
- Cuidados paliativos
- Gafas y lentes de contacto prescritas, incluyendo revisión de la vista.
- Dispositivos de ayuda médica recetados.
- Cirugía preventiva.
- Repatriación de restos mortales o gastos funerarios.
- Embarazo y parto.
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado evacuado/repatriado.
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del asegurado.
- Gastos de viaje de los asegurados para estar con un familiar cercano que está en peligro de muerte o ha muerto.

#### **INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL**

Indemnización por muerte accidental, si la muerte del asegurado ha estado provocada directa o indirectamente por alguna de estas causas:

- 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.
- Enfermedades causadas intencionalmente o lesiones autoinfligidas, incluyendo el suicidio, que ocurran durante el primer año de cobertura.
- Participación activa en actividades subterráneas o submarinas, como por ejemplo la explotación minera o el submarinismo.

- Participación en actividades que se desarrollan sobre el agua (como plataformas o torres petrolíferas) y actividades aéreas, salvo cuando se indique lo contrario en el contrato corporativo.
- Contaminación química o biológica, exposición a radiactividad o cualquier material nuclear, incluidos los combustibles nucleares.
- Riesgo pasivo de guerra:
  - Estar en un país que el gobierno británico ha recomendado a sus ciudadanos abandonar (este criterio se aplica independientemente de la nacionalidad del asegurado) y al que recomienda no viajar;
  - Viajar o estar durante más de 28 días en un país o una región a la que el gobierno británico recomienda no viajar excepto en caso de extrema necesidad.

La exclusión de riesgo pasivo de guerra se aplica independientemente de que la solicitud de pago de la prestación surja directa o indirectamente como consecuencia de conflictos bélicos, disturbios, alteración del orden público, terrorismo, actos criminales o ilegales o de defensa contra cualquier tipo de hostilidad extranjera, independientemente de que se haya declarado o no una guerra.

- Estar bajo los efectos de drogas o alcohol.
- Fallecimiento que tiene lugar más de 365 días tras el accidente.
- Exposición deliberada a un peligro, salvo en el intento de salvar una vida humana.
- Inhalación intencional de gas o ingesta intencional de venenos o drogas prohibidas por la ley.
- Vuelo en aeronave (incluyendo helicópteros) salvo cuando el asegurado sea un pasajero y el piloto tenga la licencia correspondiente o es un piloto militar y ha presentado el plan de vuelo ante las autoridades aeroportuarias cuando lo exija la normativa local.
- Participación activa en deportes extremos o deportes practicados a nivel profesional, como por ejemplo:
  - Deportes de montaña como el rapel o el montañismo y carreras de cualquier tipo (excepto carreras a pie).
  - Deportes de nieve, como trineo de carreras, trineo ligero, skeleton, esquí fuera pista o snowboard fuera pista.
  - Deportes ecuestres como la caza a caballo, salto ecuestre, polo, salto de obstáculos o carreras hípicas de cualquier tipo.
  - Deportes acuáticos como espeleobuceo, buceo a más de 10 metros de profundidad, clavado, descenso en ríos de aguas blancas (aguas bravas) o piragüismo.
  - Deportes de motor, automovilismo, motociclismo o quad.
  - Deportes de combate.
  - Deportes aéreos, como el vuelo en ultraligero, en globo, en ala delta, parapente, paracaidismo ascendente o salto en paracaídas.
  - Otros deportes peligrosos como el puentismo (puenting).

# Habla con nosotros, nos encanta ayudar

Si tienes alguna duda, ponte en contacto con nosotros:

Línea de asistencia 24 horas para consultas generales y asistencia en emergencias

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

Números gratuitos: [www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html](http://www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html)

*En algunos casos no es posible acceder a los números gratuitos desde teléfonos móviles. En ese caso, marca uno de los números indicados arriba.*

*Las llamadas realizadas a la línea de asistencia se graban y podrían utilizarse para formación del personal y control de calidad y legalidad. Sólo el asegurado principal (o una persona designada para actuar en su nombre) o el administrador de póliza colectiva pueden solicitar cambios en la póliza. Cuando llames el equipo de la línea de asistencia te pedirá contestar a unas preguntas de seguridad para confirmar tu identidad.*

 Correo electrónico: [client.services@e.allianz.com](mailto:client.services@e.allianz.com)

 Fax: **+353 1 630 1306**

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

 [www.allianzcare.com](http://www.allianzcare.com)

 [www.facebook.com/allianzcare](http://www.facebook.com/allianzcare)

 [www.twitter.com/AllianzCare](http://www.twitter.com/AllianzCare)

 [www.youtube.com/user/allianzworldwide](http://www.youtube.com/user/allianzworldwide)

 [www.instagram.com/allianzcare/](http://www.instagram.com/allianzcare/)

 [www.linkedin.com/company/allianz-care](http://www.linkedin.com/company/allianz-care)

Este documento es la traducción al español del documento original en inglés. La versión en inglés es la única original y autorizada. Si se encontraran discrepancias entre la versión en español y la versión en inglés, solamente la versión en inglés se consideraría legalmente vinculante.

AWP Health & Life SA está sujeta a la autoridad francesa de control prudencial (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) situada en 4, place de Budapest, CS 92459 75 436 Paris Cedex 09.

AWP Health & Life SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa, es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro («Code des Assurances»). Registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS Bobigny. La sucursal irlandesa está inscrita 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. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life SA.