



Hospi Safe

Con efecto desde el 1 de enero de 2022

Resumen de prestaciones

La siguiente información muestra los datos de la cobertura proporcionada en los planes suplementarios de salud. Los límites de prestación indicados son por afiliado y por año de seguro.

El límite máximo del plan para atención médica fuera del EEE es 25.000 €. No hay límite máximo del plan para atención médica en el EEE.

Consulte la sección de exclusiones del JSIS para los costes que su plan suplementario no cubre.

Hospi Safe Sickness le cubre para atención médica (hospitalización y otros costes relacionados) recibida por una enfermedad o por maternidad.

Hospi Safe Sickness & Accident¹ le cubre para atención médica (hospitalización y otros costes relacionados) recibida por una enfermedad, por un accidente o por maternidad. En ambos planes se incluye lo siguiente:

- Costes de la atención médica durante una hospitalización relacionada con una enfermedad o un accidente, incluyendo al menos una noche de atención hospitalaria y los costes de la intervención quirúrgica **como indica el JSIS** (coste de la hospitalización incluyendo una habitación individual, honorarios de médicos y paramédicos, honorarios de cirujano, costes de quirófano, costes de sala de yesos, costes de sala de tratamiento, costes de pruebas de imagen, etc.).
- Los procedimientos quirúrgicos indicados en los apéndices del JSIS también se pueden realizar de forma ambulatoria (hospital de día) y se consideran como al menos una noche de hospitalización.
- Los honorarios de atención ambulatoria (consultas médicas, recetas) se cubren si están directamente relacionados con la causa de la hospitalización y se administran en los dos meses anteriores o los seis meses posteriores a la hospitalización, como se describe en el JSIS.
- Costes de transporte por razones de necesidad médica directamente relacionados con la hospitalización.
- Estancias de rehabilitación física posoperatoria médicamente necesaria que tienen lugar en los seis meses posteriores a la hospitalización.
- La atención médica y hospitalaria en departamentos de urgencias puede reembolsarse si está relacionada con la hospitalización como se describe anteriormente y si tiene lugar en los dos meses anteriores o los seis meses posteriores a la hospitalización.

Estos tipos de atención médica se reembolsan al siguiente nivel:

La diferencia entre el coste de la atención médica apta y el reembolso hecho por el JSIS se reembolsa al 100% para las prestaciones cubiertas en ambos planes Hospi Safe, hasta el límite máximo del plan (por ejemplo 800 € para el plan dental) o hasta el límite de la prestación (por ejemplo 50 € por persona y por año natural para tratamiento dietético), si se aplica alguno de ellos. Las estancias de rehabilitación física posoperatoria médicamente necesaria no pueden exceder el 20% del coste.

Hospi Safe Plus le cubre para toda la atención médica incluida en Hospi Safe Sickness y Hospi Safe Sickness & Accident o para maternidad. Además, cubre otras prestaciones, algunas de las cuales son adicionales al reembolso del JSIS y otras son independientes del JSIS.

(a) Gastos reembolsables adicionales al reembolso del JSIS

- Consultas, pruebas médicas y productos farmacéuticos prescritos.
- Atención dental (incluyendo ortodoncia, prótesis y equipamiento dental, puentes, coronas, implantes, etc.).
- Algunos procedimientos listados en el capítulo 8, punto 2 de las cláusulas generales de implementación para el reembolso de gastos médicos relacionados con el JSIS.
- Atención médica y medicación relacionadas con enfermedades oculares, monturas y lentes, lentes de contacto y prótesis oculares.
- Atención médica y dispositivos directamente relacionados con la audición.
- Dispositivos ortopédicos (incluyendo zapatos ortopédicos, medias elásticas para venas varicosas, miembros artificiales y sus segmentos, muletas, sillas de ruedas y dispositivos auxiliarse adecuados o similares, etc.).
- Biología clínica, radiología y coste de diagnóstico por imagen.
- Gastos de atención médica y pruebas ocasionados durante curas termales conforme a las normas del JSIS.

Reembolsaremos esta atención médica al siguiente nivel:

- Para atención médica mencionada en Hospi Safe Plus, el reembolso de la atención médica apta debe ser al menos igual al 80% de la diferencia entre los costes ocasionados y los reembolsos obtenidos del JSIS.
- Para consultas, pruebas médicas, productos farmacéuticos y para honorarios de biología clínica, radiología y diagnóstico por imagen, el reembolso máximo es 1.250 € por persona y por año natural con una franquicia anual, dependiendo de la edad del asegurado el 1 de enero:
 - 0 € para niños de hasta 18 años.
 - 50 € para personas entre 19 y 60 años.
 - 100 € para personas mayores de 61 años.

Además, los límites de la cobertura se aplican como parte de la opción Hospi Safe Plus, como sigue:

- 200 € (tras el reembolso del JSIS) por montura,
- 20 € por día para costes de atención médica y pruebas ocasionados durante curas termales.

¹ Nuevo nombre del plan Hospi Safe y con efecto desde el 31-12-2019.

Esta tabla ilustra con más detalle las prestaciones dentales de Hospi Safe Plus:

Prestaciones de los planes dentales	Hospi Safe Plus
Límite máximo del plan	800 € el 1º y 2º año 1.600 € el 3º año 2.400 € el 4º año 3.200 € el 5º año
Tratamiento dental	80% de los costes no reembolsados por el JSIS
Cirugía dental	80% de los costes no reembolsados por el JSIS
Periodoncia	80% de los costes no reembolsados por el JSIS
Ortodoncia y prótesis dentales	80% de los costes no reembolsados por el JSIS

(b) Gastos reembolsables independientes del JSIS

- Logopedia por razones no médicas (justificado con la nota del JSIS que prueba el rechazo del reembolso y una copia de la factura original). Esta prestación está limitada a niños de hasta 12 años.
- Productos farmacéuticos preventivos fuera del ámbito del JSIS (justificado con la nota del JSIS que prueba el rechazo del reembolso y una copia de la factura original).
- Tratamiento o programa dietético (justificado con la factura original).
- Cuota de gimnasio, club deportivo o piscina (justificado con la factura original) si la afiliación dura al menos 6 meses o 26 sesiones.

El coste de la atención médica mencionada (Gastos reembolsables independientes del JSIS) se reembolsa a los siguientes niveles:

- Logopedia por razones no médicas: 80% de la factura para un máximo de 30 sesiones por persona y por año natural, y 1.250 € por persona y por año natural.
- Productos farmacéuticos preventivos fuera del ámbito del JSIS: 80% de la factura.
- Tratamientos dietéticos: reembolso del 20% de la factura con un máximo de 50 € por persona y por año natural.
- Cuota de gimnasio, club deportivo o piscina: reembolso del 20% de la factura hasta 50 € por persona y por año natural.

Notas

Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas que se presenten después del inicio de la póliza están cubiertas conforme a los límites de su póliza. Consulte las definiciones del JSIS o póngase en contacto con nuestra línea de asistencia.

Enfermedades preexistentes

Para todos los nuevos afiliados de Hospi Safe desde el 1 de enero de 2020, el derecho a prestaciones para todos sus gastos médicos resultado de enfermedad o de accidente diagnosticados antes de su afiliación empezará al final del plazo de carencia de 24 meses desde la fecha de su afiliación.

Para todos los gastos médicos ocasionados debido a una enfermedad o un accidente diagnosticados antes del inicio de su cobertura con nosotros, sólo tendrá derecho a prestaciones después de 24 meses (plazo de carencia) desde la fecha de inicio de su cobertura con nosotros.

Este plazo de carencia no se aplica si se incorpora a este plan en los primeros 13 meses de su entrada en las instituciones como funcionario de la UE. Tampoco se aplica a la cobertura de maternidad.

Se necesita un cuestionario médico para cada nuevo afiliado que vaya a jubilarse antes de 6 meses tras su incorporación.

Para más información consulte nuestra guía del seguro o póngase en contacto con nuestra línea de asistencia.

Límites de las prestaciones

El resumen de prestaciones muestra dos tipos de límite:

- El límite máximo del plan es el máximo que pagaremos por todos los gastos médicos ocasionados fuera del EEE además de la cantidad reembolsada por el JSIS hasta 25.000 € por afiliado, por año de seguro. No se aplica límite máximo del plan en el EEE.
- En Hospi Safe Plus, algunas prestaciones también tiene un límite específico de prestación, que puede ser «por año de seguro», «por duración de la cobertura» o «por edad». En algunos casos, además del límite de la prestación, sólo pagaremos un porcentaje de los costes de esa prestación específica, por ejemplo «80% del coste no reembolsado por el JSIS, hasta 1.250 €».

La cantidad que pagamos está sujeta al límite máximo del plan (si su plan tiene uno), incluso en estos casos:

- Si se aplica un límite específico de prestación
- El término «100%» aparece en la prestación.

Todos los límites son por asegurado y por año de seguro, salvo cuando el resumen de prestaciones indique lo contrario.

Condiciones generales de la póliza

El resumen de prestaciones describe la cobertura que ofrecemos en su póliza. Por favor, note que esta cobertura está sujeta a las definiciones, limitaciones y exclusiones del JSIS. Nuestras condiciones generales están disponibles en nuestra guía del seguro, que se le envía al empezar la póliza. Puede descargar nuestra guía del seguro actual de su cuenta de los servicios digitales MyHealth. Para más información visite www.allianzcare.com/es/myhealth.html


EEE se define así: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumanía, Suecia.

ESTE PRODUCTO ES SOLAMENTE COBERTURA SUPLEMENTARIA.

Hable con nosotros, nos encanta ayudar

Si tiene alguna duda, póngase en contacto con nosotros:

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

 Teléfono: 0800 70 528 (gratuito desde Bélgica)
+353 1 630 1304

 Correo electrónico: igo.assistance@allianzworldwidecare.com

Números gratuitos: www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html

Si no puede acceder a los números gratuitos desde un teléfono móvil, visite <https://www.allianzcare.com/es/contactenos.html> para encontrar más números de contacto.

Las llamadas 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 pueden solicitar cambios en la póliza. Cuando llame el equipo de la línea de asistencia le pedirá contestar a unas preguntas de seguridad para confirmar su identidad.

El modo más rápido de pedir reembolsos es electrónicamente, usando la aplicación o los servicios online MyHealth.

Si quiere pedir los reembolsos por correo postal, puede enviarlos a:

 Allianz Care, Place du Samedi 1, 1000 Bruselas, Bélgica

Puede ver a un miembro de Allianz Care en persona pidiendo cita. Para ver cómo pedir cita vaya a:

www.allianzcare.com/en/group-hub/afiliatys.html

 www.allianzcare.com