Planes internacionales de salud Flex
Válida a partir del 1 de febrero de 2017

Tabla de prestaciones

Pólizas para pequeños grupos

Allianz Worldwide Care

La solución adecuada para su empresa

Asequibilidad *– Específicamente diseñado para facilitar la flexibilidad que necesitan los pequeños equipos, incluyendo planes a medida, condiciones de pago que se adapten a su organización y traspasos sin fisuras cuando su equipo crezca.*

Atracción de talento *– Un seguro médico internacional refuerza el paquete de beneficios para ayudar a atraer talento a la empresa.*

Sencillez *– Un producto dedicado, una solución específica para pequeños grupos, con flexibilidad para añadir prestaciones opcionales en caso de que sus empleados necesiten cobertura adicional.*

Equipos dedicados *– Nuestros equipos dedicados y los intermediarios con los que trabajamos valoran su relación con usted, y le facilitarán asistencia total durante la afiliación y a lo largo de todo el año.*

Apoyo global *– Sabemos el reto que supone expandir su empresa al extranjero, especialmente a países con los que no está familiarizado y con alto riesgo potencial. El programa de asistencia al empleado y los servicios de apoyo en seguridad están especialmente diseñados para ofrecer tranquilidad en momentos complicados..*

Los costes sanitarios pueden ser caros, especialmente en algunos países. Allianz Worldwide Care hace que conseguir el seguro internacional de salud que usted necesita sea algo rápido, sencillo y asequible.

La solución adecuada para sus empleados

Disponibilidad de pago directo para tratamiento hospitalario de forma que el hospital le factura directamente a Allianz Worldwide Care.

Tramitación en 48 horas de los formularios de solicitud de reembolso debidamente cumplimentados

Nuestra línea multilingüe de asistencia 24 horas está sólo a una llamada telefónica, así como nuestros servicios de asistencia en emergencias.

Nuestra innovadora aplicación móvil MyHealth hace las solicitudes de reembolso fáciles y rápidas. Ya no hacen falta formularios.

Sus empleados tendrán acceso al servicio de consejo médico MediLine, al programa de asistencia al empleado y a los servicios de apoyo en seguridad, todo ello disponible las 24 horas.

Los siguientes planes están disponibles para pólizas para pequeños grupos (de tres a nueve empleados) sujetos a evaluación médica completa. Para pólizas colectivas elegibles de diez empleados o más, los siguientes planes están disponibles sin evaluación médica. Estos planes no están disponibles para residentes en los EE.UU., Singapur, China, Hong Kong, Dubái o Suiza. Debido a razones legales, podrían existir restricciones en otros países. Es su responsabilidad asegurarse de que cumple con todos los requisitos locales.

La garantía de pago es necesaria para todas las prestaciones indicadas con el número 1 o 2 en las siguientes tablas; podría ser necesaria también para otras prestaciones. Consulte la nota 2 en la sección "Notas" si desea más información acerca de la garantía de pago.

Plan principal

Prestaciones de los planes principales	Flex Plan
Límite máximo del plan en libras esterlinas (£)	934.000 £
Límite máximo del plan en euros (€)	1.125.000 €
Límite máximo del plan en dólares estadounidenses ($)	1.518.750 $
Límite máximo del plan en francos suizos (CHF	1.462.500 CHF
Prestaciones de asistencia hospitalaria[1] - consulte la nota 2 para más información sobre la garantía de pago	
Habitación en hospital[1]	Privada
Cuidados de medicina intensiva[1]	100%
Medicamentos y materiales con prescripción médica[1] *(sólo para tratamientos en hospitalización o en hospital de día)* *(medicamentos con prescripción médica incluye solamente aquellos que requieren la receta de un médico para adquirirse legalmente)*	100%
Gastos de cirugía (anestesia y costes de quirófano incluidos)[1]	100%
Honorarios de médicos y terapeutas[1] *(sólo para tratamientos en hospitalización o en hospital de día)*	100%
Implantes y materiales quirúrgicos[1]	100%
Pruebas diagnósticas[1] *(sólo para tratamientos en hospitalización o en hospital de día)*	100%
Trasplante de órganos[1]	100%
Gastos de alojamiento en hospital para uno de los padres que acompañe a un paciente asegurado menor de 18 años[1]	100%
Tratamiento dental hospitalario de emergencia	100%
Otras prestaciones - consulte la nota 2 para más información sobre la garantía de pago	
Tratamiento en hospital de día[2]	100%
Diálisis renal[2]	100%
Cirugía ambulatoria[2]	100%
Cuidados de enfermería en el domicilio o en una clínica de recuperación médica[2] *(inmediatamente después o en lugar del tratamiento hospitalario)*	2.075 £/2.500 €/3.375 $/3.250 CHF
Tratamiento de rehabilitación[2] *(en hospitalización, en hospital de día o ambulatorio; para estar cubierta, la rehabilitación debe empezar en los primeros 14 días tras darse de alta del hospital y/o tras finalizar un tratamiento médico crítico o cirugía)*	2.075 £/2.500 €/3.375 $/3.250 CHF
Transporte local en ambulancia	100%
Tratamiento de emergencia fuera del área de cobertura *(para viajes con una duración máxima de seis semanas)*	100%, máx. 42 días
Evacuación médica[2] • *Si el tratamiento médico necesario no está disponible a nivel local, el paciente es evacuado al centro médico apropiado más cercano[2]* • *Si el paciente asegurado necesita tratamientos prolongados, se cubren los costes de alojamiento en hotel[2]* • *Evacuación en caso de falta de disponibilidad de sangre compatible a nivel local[2]* • *Si por necesidad médica el paciente asegurado no puede hacer el viaje de vuelta inmediatamente tras haber sido dado de alta, los costes de alojamiento en hotel están cubiertos[2].*	 100% 100% 100% 100%, máx. 7 días
Gastos de acompañante del paciente evacuado[2]	2.490 £/3.000 €/4.050 $/3.900 CHF
Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado evacuado[2]	1.660 £/2.000 €/2.700 $/2.600 CHF por evacuación

Continúa en la página siguiente

Prestaciones de los planes principales *(continuación)*	Flex Plan
Repatriación de restos mortales[2]	8.300 £/10.000 €/13.500 $/13.000 CHF
Gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del afiliado[2]	1.660 £/2.000 €/2.700 $/2.600 CHF por repatriación
TAC y resonancia magnética *(en hospitalización o ambulatoria)*	100%
TEP[2] y TAC-TEP[2] *(en hospitalización o ambulatoria)*	100%
Oncología[2] *(en hospitalización, en hospital de día o ambulatoria)* - Adquisición de una peluca	100% 165 £/200 €/270 $/260 CHF durante toda la vida
Complicaciones durante el embarazo y el parto[2] *(prestación sujeta a 10 meses de plazo de carencia)*	100%
Subsidio por hospitalización *(por noche)* *(sólo en casos de tratamientos gratuitos)*	125 £/150 €/205 $/195 CHF, máx. 25 noches
Asistencia ambulatoria de emergencia *(una vez que se alcance el límite de la prestación, los costes adicionales podrían reembolsarse dentro de los términos del plan de asistencia ambulatoria, si se ha seleccionado uno)*	625 £/750 €/1.015 $/975 CHF
Cuidados paliativos[2]	100%
Cuidados a largo plazo[2]	100%, máx. 90 días durante toda la vida

Servicios adicionales incluidos	
Programa de asistencia al empleado* *(proporcionado por Morneau Shepell).* *Ofrece acceso a los siguientes servicios de asistencia multilingües las 24 horas:* • *Asesoramiento profesional confidencial (en persona, por teléfono, vídeo, chat online y correo electrónico)* • *Servicios de asistencia legal y financiera* • *Apoyo en incidentes críticos* • *Acceso a página web sobre bienestar*	Cubierto
Servicios de asistencia en seguridad** *(proporcionado por red24).* *Ofrece acceso las 24 horas a información sobre seguridad personal y asesoramiento en todas sus consultas sobre la seguridad de su viaje. Incluye:* • *Línea de asistencia en las emergencias,* • *Inteligencia sobre el país y asesoramiento en seguridad* • *Noticias diarias sobre seguridad y alertas de seguridad en viaje.*	Cubierto

Prestaciones opcionales del plan principal

Las siguientes prestaciones pueden adquirirse solamente junto al plan principal. No pueden adquirirse por separado. Consulte la nota 2 para más información sobre la garantía de pago

Prestaciones opcionales del plan principal		
Psiquiatría y psicoterapia[1] *(sólo para tratamientos en hospitalización o en hospital de día)* *(prestación sujeta a 10 meses de plazo de carencia)*	9.000 £/10.845 €/14.640 $/14.100 CHF	
Embarazo y parto[2] *(en hospitalización o ambulatoria)* *(prestación sujeta a 10 meses de plazo de carencia)*	Opción a elegir entre:	
	Maternidad 1 15.000 £/18.070 €/24.400 $/ 23.500 CHF	Maternidad 2 8.000 £/9.650 €/13.025 $/ 12.545 CHF

**Estos servicios del programa de asistencia al empleado están disponibles a través de AWP Health & Life Services Limited ("AWP") y están proporcionados por Morneau Shepell Limited, sujeto a su aceptación de las condiciones generales de AWP.*

***Estos servicios de asistencia en seguridad están disponibles a través de AWP Health & Life Services Limited ("AWP") y están proporcionados por Red24 Operations Limited, sujeto a su aceptación de las condiciones generales de AWP.*

[1] *Si no se obtiene la garantía de pago necesaria para las prestaciones marcadas con el número* ***1, nos reservamos el derecho a rechazar la solicitud de reembolso****. Si posteriormente se demuestra que el tratamiento recibido era médicamente necesario, la aseguradora abonará el* ***80%*** *de la prestación cubierta por el plan.*

[2] *Si no se obtiene la garantía de pago necesaria para las prestaciones marcadas con el número* ***2, nos reservamos el derecho a rechazar la solicitud de reembolso****. Si posteriormente se demuestra que el tratamiento recibido era médicamente necesario, la aseguradora abonará el* ***50%*** *de la prestación cubierta por el plan.*

Planes de asistencia ambulatoria y franquicias

Para reducir las primas de los planes de asistencia ambulatoria, seleccione una franquicia opcional entre las que aparecen a continuación para comprobar el descuento correspondiente. Si selecciona una franquicia, ésta se aplicará por persona y por año de seguro. Además, las primas de los planes se indican en números enteros (sin los céntimos), por lo tanto los porcentajes de descuento pueden resultar ligeramente más altos o más bajos que los indicados abajo.

Franquicias de los planes de asistencia ambulatoria	Descuento
Ninguna franquicia	0% de descuento de prima
83 £/100 €/135 $/130 CHF	10% de descuento de prima
165 £/200 €/270 $/260 CHF	20% de descuento de prima
415 £/500 €/675 $/650 CHF	45% de descuento de prima
830 £/1.000 €/1.350 $/1.300 CHF	70% de descuento de prima

El siguiente plan de asistencia ambulatoria puede adquirirse junto a nuestro plan principal. No puede adquirirse por separado.

Prestaciones de los planes de asistencia ambulatoria	Gold Flex
Límite máximo del plan	**Sin límite**
Médico de cabecera y medicamentos con prescripción médica *(medicamentos con prescripción médica incluye solamente aquellos que requieren la receta de un médico para adquirirse legalmente)*	100%
Honorarios de especialistas	100%
Pruebas diagnósticas	100%
Vacunas	100%
Quiropráctica, osteopatía, homeopatía, medicina herbal china, acupuntura y podología *(máx. 12 sesiones de tratamiento quiropráctico por patología, y máx. 12 sesiones de tratamiento osteopático por patología, hasta los límites de la prestación)*	100%
Fisioterapia prescrita *(inicialmente limitada a 12 sesiones por patología. Este límite también se aplica a la fisioterapia prescrita y no prescrita, cuando estén combinadas)* - Fisioterapia no prescrita	100% 5 sesiones
Logopedia, terapia oculomotora y terapia ocupacional[2] prescritas	100%
Dispositivos de ayuda médica con prescripción	100%
Honorarios de dietista/nutricionista	4 visitas
Medicamentos de venta libre con prescripción médica *(para estar cubiertos, deben estar prescritos por un médico, aunque la prescripción no sea legalmente necesaria para adquirirlos)*	42 £/50 €/70 $/65 CHF

Prestaciones opcionales del plan de asistencia ambulatoria

Las siguientes prestaciones solamente pueden adquirirse junto al plan de asistencia ambulatoria.

Prestaciones opcionales del plan de asistencia ambulatoria	
Tratamiento de la esterilidad *(prestación sujeta a 18 meses de plazo de carencia)*	10.000 £/12.025 €/16.235 $/15.633 CHF durante toda la vida
Psiquiatría y psicoterapia *(prestación sujeta a 18 meses de plazo de carencia)*	30 consultas

Prestaciones dentales y ópticas

Las siguientes prestaciones dentales y ópticas pueden adquirirse junto al plan principal. No pueden adquirirse por separado.

Prestaciones dentales y ópticas	Dental & Optical Flex 1	Dental & Optical Flex 2	Dental Flex 3
Límite máximo del plan	**Sin límite**	**1.200 £/1.450 €/ 1.960 $/1.885 CHF**	**750 £/900 €/ 1.215 $/1.170 CHF**
Tratamiento dental	100%	80%	80%
Cirugía dental	100%	80%	80%
Periodoncia	80%	80%	80%
Tratamiento ortodóntico y prótesis dentales *(prestación sujeta a 10 meses de plazo de carencia)*	65%, hasta 4.150 £/5.000 €/ 6.750 $/6.500 CHF	50%	50%
Gafas y lentes de contacto con prescripción médica, incluyendo revisión de la vista	165 £/200 €/270 $/ 260 CHF	120 £/145 €/195 $/ 190 CHF	No disponible

Plan de repatriación

El siguiente plan de repatriación puede adquirirse junto al plan principal. No puede adquirirse por separado.

Prestaciones del plan de repatriación	
Repatriación médica[2]	
• *Si el tratamiento médico necesario no está disponible a nivel local, el paciente puede elegir ser evacuado a su país de origen, en lugar del centro médico apropiado más cercano[2]*	100%
• *Si el paciente necesita tratamientos prolongados, alojamiento en hotel[2]*	100%
• *Repatriación en caso de falta de disponibilidad de sangre compatible a nivel local[2]*	100%
• *Si por necesidad médica el paciente asegurado no puede hacer el viaje de vuelta inmediatamente tras haber sido dado de alta, los costes de alojamiento en hotel están cubiertos[2]*	100%, máx. 7 días
Gastos de acompañante del paciente repatriado	2.490 £/3.000 €/4.050 $/3.900 CHF
Gastos de viaje para los dependientes asegurados del asegurado repatriado	1.660 £/2.000 €/2.700 $/2.600 CHF por repatriación
Gastos de viaje de los asegurados en caso de fallecimiento o peligro de muerte de un miembro de la familia	1.245 £/1.500 €/2.025 $/1.950 CHF durante toda la vida

Planes de bienestar

Los siguientes planes de bienestar pueden adquirirse junto al plan principal. No pueden adquirirse por separado.

Prestaciones de los planes de bienestar	Wellness Flex 1	Wellness Flex 2	Wellness Flex 3
Límite máximo del plan	**1.000 £/1.200 €/ 1.620 $/1.560 CHF**	**500 £/605 €/817 $/ 787 CHF**	**250 £/300 €/405 $/ 390 CHF**

Revisión rutinaria de la salud/bienestar y pruebas para la detección temprana de enfermedades. Prestación limitada a:

- *Exploración física*
- *Análisis de sangre (hemograma, análisis bioquímico, perfil lipídico, prueba de la función tiroidea, de la función hepática y renal)*
- *Pruebas de esfuerzo cardiovascular (exploración física, electrocardiograma, tensión arterial)*
- *Exploración neurológica (exploración física)*
- *Prevención del cáncer*
  - *Citología de cérvix anual*
  - *Mamografía (una cada dos años para mujeres de 45 años o más, o bien más jóvenes en el caso de antecedentes familiares en su historial clínico)*
  - *Prevención del cáncer de próstata (una al año para hombres de 50 años o más, o más jóvenes en el caso de antecedentes familiares en su historial clínico)*
  - *Colonoscopia (una cada cinco años para asegurados de 50 años o más, o para asegurados de 40 años o más en el caso de antecedentes familiares en su historial clínico);*
  - *Test anual de sangre oculta en heces*
- *Densitometría ósea (una cada cinco años para mujeres de 50 años o más)*
- *Revisiones pediátricas (para niños de hasta seis años, hasta un límite máximo de 15 consultas por vida)*
- *Pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2 en el caso de antecedentes familiares directos en el historial clínico.*

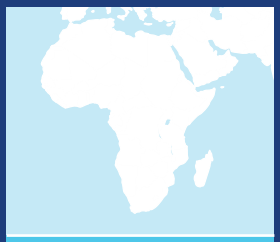
Notas

1. Área de cobertura

Allianz Worldwide Care ofrece la posibilidad de escoger entre tres áreas geográficas de cobertura:

Mundial

Mundial (excluyendo los EE.UU.)



Sólo África

2. Garantía de pago

Se requiere el envío por adelantado de un formulario de garantía de pago antes de recibir ciertos tratamientos médicos. Tras la aprobación de la garantía de pago por Allianz Worldwide Care, se garantiza la cobertura para estos tratamientos y para los gastos médicos que conllevan. En la tabla de prestaciones, las prestaciones que requieren nuestra aprobación previa a través del envío de un formulario de garantía de pago aparecen indicadas con un **1** o un **2**. Dichas prestaciones son las que se indican también a continuación:

- todas las prestaciones de asistencia hospitalaria[1];
- tratamiento en hospital de día[2];
- diálisis renal[2];
- cirugía ambulatoria[2];
- resonancia magnética (la garantía de pago para esta prueba se requiere solamente cuando se desee que la aseguradora pague los gastos directamente al proveedor médico);
- TEP[2] (tomografía de emisión de positrones) y TAC-TEP[2] ;
- cuidados de enfermería en el domicilio o en una clínica de recuperación médica[2];
- embarazo y parto[2], complicaciones durante el embarazo y durante el parto[2] (sólo en hospitalización);
- oncología[2] (sólo en hospitalización y en hospital de día);
- terapia ocupacional[2] (sólo ambulatoria);
- tratamiento de rehabilitación[2];
- evacuación médica[2] (o repatriación, si se ha adquirido);
- gastos de viaje para los dependientes asegurados del asegurado evacuado o repatriado[2];
- repatriación de restos mortales[2];
- gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del asegurado;
- gastos de un acompañante del paciente evacuado o repatriado[2];
- cuidados paliativos[2];
- cuidados a largo plazo[2].

[1] Si no se obtiene la garantía de pago necesaria para las prestaciones marcadas en la tabla de prestaciones con el número **1**, la aseguradora se reserva el derecho a rechazar la solicitud de reembolso correspondiente. Si posteriormente se demuestra que el tratamiento recibido era médicamente necesario, la aseguradora abonará el **80%** de la prestación cubierta por el plan.

[2] Si no se obtiene la garantía de pago necesaria para las prestaciones marcadas en la tabla de prestaciones con el número **2**, la aseguradora se reserva el derecho a rechazar la solicitud de reembolso correspondiente. Si posteriormente se demuestra que el tratamiento recibido era médicamente necesario, la aseguradora abonará el **50%** de la prestación cubierta por el plan.

Es necesario contactar con la aseguradora al menos cinco días laborables antes de recibir un tratamiento para que no se produzcan retrasos en el ingreso. Esto garantiza que los asegurados se beneficien del pago directo a hospitales para tratamientos hospitalarios, cuando sea posible, y que nuestro equipo de profesionales médicos pueda supervisar su tratamiento.

En caso de emergencia, es necesario informar a la aseguradora en las primeras 48 horas tras el acontecimiento para que no se apliquen penalizaciones.

3. Proceso de solicitud de reembolso

Allianz Worldwide Care propone un proceso de solicitud de reembolso sencillo y rápido para obtener el reembolso de los gastos médicos. Además, los asegurados que tienen una cuenta activa en los servicios online pueden enviar solicitudes de reembolso a través de su teléfono o dispositivo móvil, descargándose la aplicación MyHealth.

Las solicitudes de reembolso debidamente cumplimentadas se tramitan y las instrucciones de pago se envían al banco del asegurado en un plazo de **48 horas** tras su recepción. En los casos en que la solicitud de reembolso no se haya completado debidamente y falten datos, contactamos con el asegurado o con su médico por correo electrónico o postal no más tarde de 48 horas tras la recepción de la solicitud de reembolso. El asegurado recibe un correo electrónico automático (si nos ha facilitado su dirección) que le informa de la recepción y tramitación de su solicitud.

Nuestro proceso de tramitación de solicitudes de reembolso garantiza que el reembolso de los gastos médicos se efectúe de la forma más rápida y eficaz.

4. Límites de las prestaciones

Existen dos tipos de límites en su tabla de prestaciones: El **límite máximo del plan**, que se aplica solamente a ciertos planes y que representa la cantidad de dinero máxima reembolsable (por persona y por año) relativa a todas las prestaciones. Y el **límite de prestación**, que se aplica por ejemplo a la prestación "Cuidados de enfermería en el domicilio o en una clínica de recuperación médica". Los límites de prestación pueden aplicarse según criterios diferentes, por ejemplo "por año de seguro", "por vida" o "por episodio" (o sea, "por viaje", "por consulta" o "por embarazo"). En ciertos casos, los límites de prestación consisten en el hecho de que se reembolsa solamente un porcentaje de los costes médicos, por ejemplo "65%, hasta un límite de 4.150 £/5.000 €/ 7.100 US$/6.500 CHF". Las prestaciones sujetas a límites, o bien a reembolso total ("100%"), están de todas formas sujetas al límite máximo del plan (cuando lo haya). Todos los límites indicados en la tabla de prestaciones se entienden por asegurado y por año de seguro, salvo cuando se indique de otra forma.

5. Condiciones generales de la póliza.

La cobertura para grupos pequeños está sujeta a evaluación del riesgo. Si el riesgo es muy alto, esto podría conllevar la exclusión de patologías preexistentes de la cobertura, o su inclusión con el consecuente aumento de la prima, para reflejar el aumento del riesgo de seguro. La cobertura está supeditada a la aceptación de la solicitud de afiliación, la cual únicamente se confirma con la emisión del certificado de seguro. La tabla de prestaciones resume la cobertura que ofrecemos bajo cada plan. La cobertura está sujeta a las condiciones generales de la póliza que se especifican en la guía de prestaciones para empleados, la cual se envía a cada asegurado tras la activación de su póliza. Puede descargar la guía de prestaciones de nuestra página web: **www.allianzworldwidecare.com**

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

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

sales@allianzworldwidecare.com
www.allianzworldwidecare.com

Línea de asistencia

Español:	+ 353 1 630 1304
Inglés:	+ 353 1 630 1301
Alemán:	+ 353 1 630 1302
Francés:	+ 353 1 630 1303
Italiano:	+ 353 1 630 1305
Portugués:	+ 353 1 645 4040
Fax:	+ 353 1 630 1306

plus.google.com/+allianzworldwidecare
www.youtube.com/user/allianzworldwide
www.linkedin.com/company/allianz-worldwide-care

Financial Strength Rating A M BEST A+ Superior

*Calificación con efecto desde el 17 de diciembre de 2015. Para ver las últimas calificaciones visite www.ambest.com

INTERNATIONAL ADVISER PRODUCT & SERVICE AWARDS 2016 WINNER International health insurer LAST WORD

Professional Adviser INTERNATIONAL FUND & PRODUCT AWARDS 2015 WINNER Best International Private Health Insurance Provider

COVER excellence AWARDS 2016 WINNER Best International Private Medical Insurance

AWP Health & Life SA es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro ("Code des Assurances") y actúa a través de su sucursal irlandesa. Registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS Nanterre. 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 Worldwide Care es un nombre comercial registrado por AWP Health & Life SA.

DOC-TOB-SME-SP-0217