



Guía de prestaciones para empleados

Planes suplementarios de la UE

Validez: 1 de julio de 2023

Bienvenido

Puedes confiar en que Allianz Care, como tu aseguradora, te 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 suplementario 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	9
¿Necesitas atención médica?	11
Información adicional sobre el reembolso de tus gastos	12

Condiciones de tu cobertura

Condiciones generales	15
Administración de tu póliza	16
Pago de primas	18
Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura	19
Protección de datos	21
Protocolo para quejas	22
Definiciones	23
Exclusiones	26

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.

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 descubrir lo que está disponible para ti.

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

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

¿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 estés 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

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

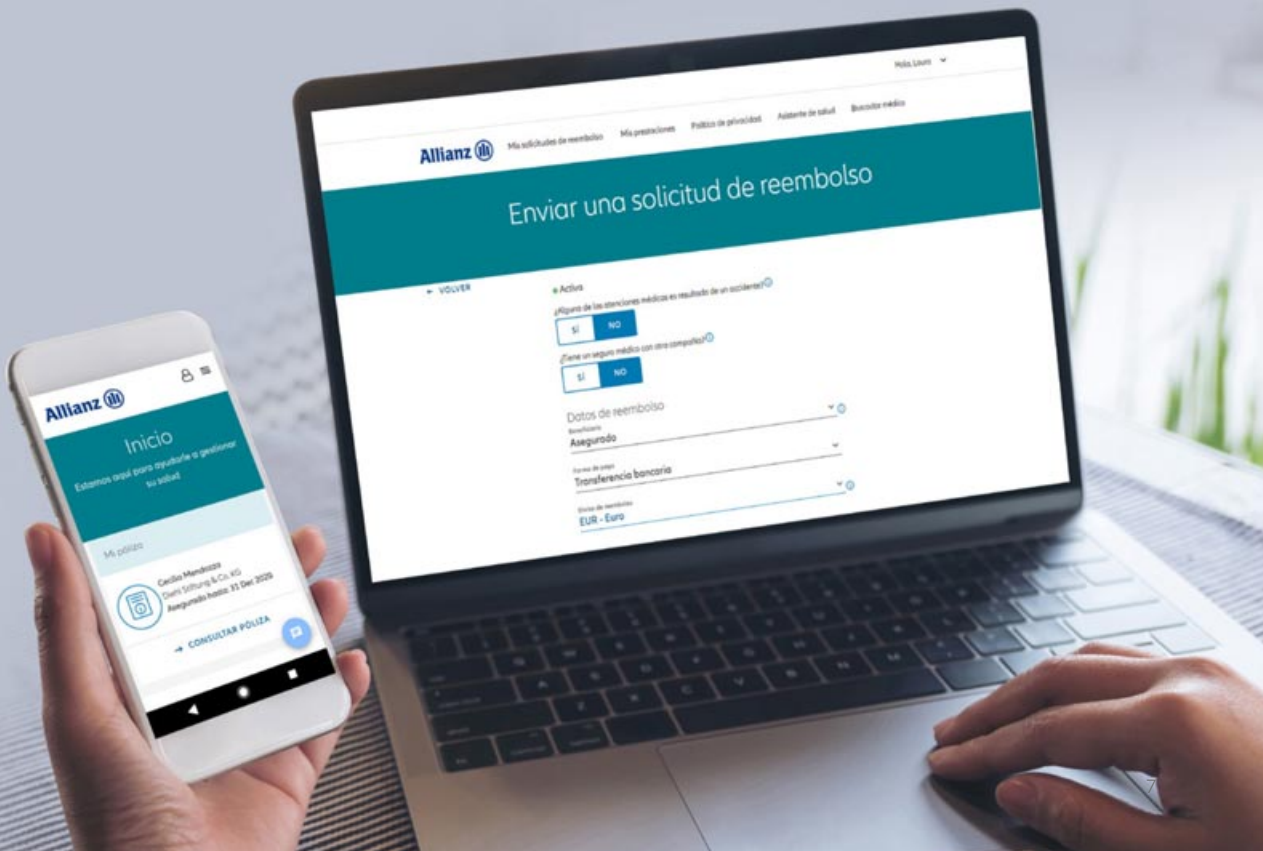
Para empezar:

1. Entra en el portal MyHealth para registrarte. Ve a 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



Servicios web

En 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.



Entendiendo cómo funciona tu cobertura

¿Para qué estoy cubierto?

Como residente en un país europeo, es posible que una aseguradora local o la seguridad social te proporcione una cobertura de salud primaria. El plan suplementario de la UE proporciona cobertura adicional según las prestaciones que aparecen en la tabla de prestaciones. Esta póliza no cumple ningún requisito legal local en relación con el seguro obligatorio de salud en el país de residencia.

Tú estás cubierto 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).
- **Que los costes sean razonables y habituales:** estos son los costes que son habituales en el país en el 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.

¿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.

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 180 €).

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

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



¿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.

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).

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.

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 tu 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.
- **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:** Aceptas 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 no nos ayudas a obtener la información que necesitamos.

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 de tu 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. También indica las fechas de inicio y de renovación de 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, siempre que tu empresa lo apruebe y nosotros lo aceptemos.
- Tu **tabla de prestaciones** describe los planes seleccionados por tu empresa y las prestaciones que tienes. Confirma las prestaciones a las que se aplican límites específicos de prestación. Tu tabla de prestaciones estará en la divisa acordada con tu empresa.

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.

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 tu 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

La renovación de tu cobertura es la decisión de tu empresa.

Finalizar tu cobertura

Tu empresa puede finalizar tu cobertura 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 con nosotros.
- Cuando dejas de trabajar para tu empresa.
- Si el empleado asegurado muere.

Podemos terminar tu cobertura si hay pruebas razonables que indiquen que nos has engañado o has 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 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.

En caso de que recibas atención médica después de la caducidad de tu afiliación, nos reservamos el derecho a recuperar el importe total de cualquier gasto médico de ti o de tu empresa.

Pago de primas

Tu empresa es responsable del pago de tu prima, quedando cubierto 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.

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 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 tienes derecho a recibir una prestación de:

- La seguridad social.
- Otra póliza de seguro.
- 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. Esto se llama subrogación. Podemos tomar acciones legales en tu nombre, a nuestro cargo, para hacerlo.

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.

Fraude. No pagaremos ninguna prestación en estos casos:

- La solicitud de reembolso es falsa, fraudulenta o intencionadamente exagerada.
- Tú o algún tercero en tu nombre usas/usa 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.

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

También puedes llamarnos para solicitar una copia en papel.


 +353 1 630 1304

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


 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**

 **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**

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

Definiciones

Las siguientes definiciones se aplican a los planes suplementarios de la UE. Las prestaciones para las que estás cubierto se listan en tu tabla de prestaciones. Si tu plan incluye alguna prestación no definida/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:

A

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.

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.

Asegurado

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

Atención dental rutinaria

Una revisión dental anual, empastes simples para el tratamiento de las caries, tratamiento del conducto radicular y medicamentos dentales con prescripción.

Atención médica/Tratamiento

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

C

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.

Cirugía ocular con láser

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

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.

Contrato corporativo

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

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.

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

Empresa

Tu empresa, tal como aparece en el contrato corporativo.

F

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».

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.

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».

L

Limpieza dental

Limpieza dental que debe efectuar un asistente de profilaxis oral formado, un asistente dental cualificado, un higienista dental o un dentista. El sarro y la placa se extraen con la ayuda de un rascador o dispositivo ultrasónico, el espacio interdental se limpia con hilo dental y, al final del tratamiento, se aplica en los dientes gel, espuma o barniz de flúor.

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 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.

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.

P

País de origen

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

País principal de residencia

País en el que resides durante más de seis meses al año.

Periodoncia

Tratamiento dental para enfermedades de las encías.

Prótesis dentales

Coronas, restauraciones cerámicas, reconstrucciones adhesivas, puentes, dentaduras postizas e implantes, y todos los tratamientos adicionales necesarios.

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.

Terapias alternativas

Terapias que están fuera de la medicina convencional occidental. Consulta tu tabla de prestaciones para confirmar si alguno de los siguientes tratamientos complementarios está cubierto: quiropráctica, osteopatía, podología, homeopatía, medicina herbal china, acupuntura y tratamiento ayurvédico practicados por terapeutas cualificados. Si está disponible, los costes de la consulta también estarán cubiertos en esta prestación.

Tratamiento quiropráctico

Terapia manual que consiste en el uso de una aplicación de fuerzas a los huesos, las articulaciones y los músculos para restaurar el movimiento normal de las articulaciones y mejorar la función física del cuerpo. La cobertura puede estar limitada a un número de sesiones u otro límite, como se indica en la tabla de prestaciones.

Tú/Tu

Persona que trabaja para la empresa, nombrada en el certificado de seguro.

Exclusiones

Los gastos ocasionados por los siguientes tratamientos, patologías, procedimientos, comportamientos o accidentes no están cubiertos por la póliza, salvo cuando se especifique lo contrario en la tabla de prestaciones o en cualquier cláusula de la póliza por escrito.

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.

CARILLAS DENTALES

Carillas dentales y procedimientos relacionados.

CONSULTAS REALIZADAS POR TI O UN FAMILIAR

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

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).

ENFERMEDADES CONTRAÍDAS INTENCIONALMENTE Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS

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

ERROR MÉDICO

Atención necesaria como consecuencia de errores médicos.

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

Gastos de desplazamiento para ir o volver de las instalaciones médicas (incluidos los costes de aparcamiento) para recibir atención médica.

LESIONES CAUSADAS POR LA PRÁCTICA DE DEPORTE PROFESIONAL

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

MEDICAMENTOS CON RECETA, HONORARIOS DE MÉDICO DE CABECERA Y HONORARIOS DE ESPECIALISTAS

Medicamentos con prescripción médica, honorarios de médico de cabecera y honorarios de especialistas, salvo cuando estén directamente relacionados con un ingreso hospitalario o un procedimiento quirúrgico. Solo se cubrirán los gastos ocasionados por atención médica proporcionada en un plazo comprendido entre dos meses antes y hasta seis meses después de la hospitalización o procedimiento quirúrgico correspondiente.

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

PRODUCTOS COMPRADOS SIN RECETA

Productos que puedan comprarse sin la receta de un médico.

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.

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.

TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS EXPERIMENTALES O SIN PROBAR

Cualquier forma de tratamiento o medicación que en nuestra razonable opinión es experimental o sin probar, según la práctica de la medicina generalmente aceptada.

PRESTACIONES QUE NO ESTÁN EN TU TABLA DE PRESTACIONES

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

	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

Números gratuitos: 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

 Fax: **+353 1 630 1306**

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

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/allianzcare

 www.x.com/AllianzCare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.instagram.com/allianzcare/

 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, Dublin 12, Irlanda. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life SA.