



Guía de **beneficios**

Planes de salud GlobalPass para Latinoamérica

Validez: 1 de mayo de 2024

Bienvenido

Tú y tu familia podéis confiar en que Allianz Partners, como vuestra aseguradora, os brindará 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 beneficios.

Allianz Care es la marca de salud internacional de Allianz Partners. Allianz Partners tiene una serie de líneas de negocio, incluyendo salud internacional, asistencia, viajes y automoción.

Cómo usar tu cobertura

Servicios	5
Entendiendo cómo funciona tu cobertura	12
¿Necesitas atención médica?	16
Información adicional sobre la reclamación de tus gastos	21

Condiciones de la cobertura

Administración de tu póliza	25
Pago de primas	31
Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura	33
Protección de datos	36
Quejas y procedimiento de resolución de disputas	37
Definiciones	39
Exclusiones	51

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 75436 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 ver todo lo que puedes aprovechar, desde nuestros servicios digitales MyHealth hasta el programa de asistencia al expatriado.

¡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

 +353 1 630 1304

Para ver nuestros números gratuitos, visita:
www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html

 client.services@e.allianz.com

¿Sabías que...

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

Servicios digitales MyHealth

Con MyHealth, disponible como aplicación móvil y como portal online, tienes un fácil y cómodo acceso a tu cobertura, sin importar dónde estés o qué dispositivo utilices.

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 reclamos en tres sencillos pasos y consulta tu historial de reclamos.



Mis contactos

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



Comprobación de síntomas

Evaluación fácil y rápida de tus síntomas.



Buscador médico

Encontrar 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.

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

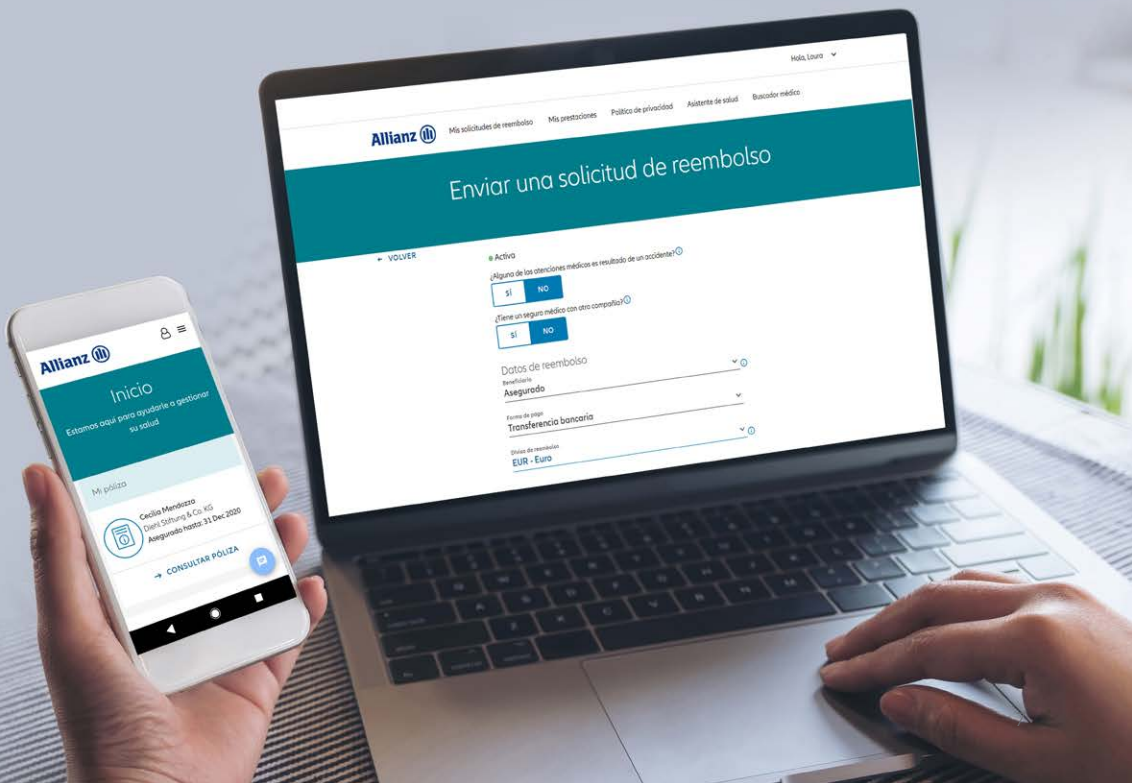
Para empezar:

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 a mano tu número de póliza, que puedes encontrar en tu certificado de seguro.
2. También puedes registrarte en la aplicación MyHealth. Para descargarla, busca «Allianz MyHealth» en la 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 cambiarlo en los dos sitios. También ofrecemos la opción de inicio de sesión biométrico en 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 acudir a los proveedores listados en nuestro directorio, a menos que tu plan tenga una red específica).
- Descargar formularios.
- Acceder a nuestras guías de salud.
- Acceder a nuestro portal «My Expat life»; desde planificar un traslado a establecerse en su nuevo país, encontrarás todo lo que necesitas saber sobre trasladarte al extranjero.

Segunda opinión médica**

Como tu socio en salud, queremos darte tranquilidad. ¿Te han diagnosticado una enfermedad grave o te han recomendado cirugía? ¿Quieres ayuda experta sobre las mejores opciones disponibles de tratamiento y dónde recibir el tratamiento más apropiado? 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 propio 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 y un médico o especialista para la segunda opinión médica y te dará la opinión.

Para acceder al servicio ponte en contacto con nosotros:

 + 353 1 630 1301

 medical.smo@e.allianz.com

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



Servicios para miembros incluidos en tu cobertura

Tu póliza no solo cubre tus gastos médicos. También incluye una gama de servicios gratuitos para miembros. Mira tu tabla de beneficios para confirmar cuáles están incluidos en tu cobertura.



Olive – Programa de apoyo a la salud y al bienestar

Diseñado para motivarte y guiarte hacia una vida más saludable. Incluye el acceso a:

- **Portal de salud y bienestar**, que ofrece evaluaciones de salud en línea, seminarios web sobre bienestar impartidos por especialistas, artículos sobre temas como el sueño y la nutrición, etc.
- **Nuestra aplicación de aptitud física**, que conecta teléfonos, dispositivos y otras aplicaciones para monitorizar los pasos andados, las calorías quemadas, el patrón de sueño y mucho más. También puedes unirte a desafíos con otros usuarios o establecer metas y planes de bienestar para ti.
- **Aplicación de orientación psicológica**, tu amigo robot con el que puedes hablar de tus sentimientos. También puedes hablar con un asesor humano, si prefieres que sea más personal.



Servicios de videoconsulta a través del portal de telemedicina

Si tu plan incluye cobertura para servicios de consulta por vídeo, tienes acceso directo a citas médicas en línea. Con el portal de telemedicina, puedes ahorrar tiempo viendo a un médico desde la comodidad de tu casa u oficina. Ofreciendo un servicio seguro y confidencial, nuestra red de telemedicina puede prestar consejo médico, recomendar tratamientos y extender recetas para casos no urgentes. Las recetas estarán disponibles si tu plan las cubre y si la regulación local lo permite.



Programa de asistencia al expatriado (PAE)

Cuando surgen dificultades en la vida o en el trabajo, nuestro programa de asistencia al expatriado te ofrece a ti y a tus dependientes apoyo inmediato y confidencial. Este servicio incluye:

- **Asesoramiento profesional confidencial** (en persona, por teléfono o por vídeo) sobre temas como el estrés, el equilibrio entre el trabajo y la vida, la crianza de los hijos, la ansiedad, el choque cultural, problemas de adicción, etc.
- **Servicios de derivación jurídicos y financieros**, por ejemplo, para ayudar a comprar una casa, manejar una disputa legal o hacer un plan financiero completo.



Servicios de seguridad en viaje

Acceso las 24 horas a información y consejo sobre seguridad personal para tus viajes, útil mientras el mundo sigue presenciando un aumento en las amenazas a la seguridad. 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:** recibe alertas sobre sucesos de alto riesgo en tu ubicación o áreas cercanas, incluyendo terrorismo y riesgos meteorológicos graves.

Para más información o para acceder a los servicios para miembros, visita:



www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html

** Algunos servicios que pueden incluirse en tu plan los proporcionan proveedores externos ajenos al Grupo Allianz, como el programa de asistencia al expatriado, los servicios de seguridad en viaje, la aplicación de aptitud física, la segunda opinión médica y los servicios de telemedicina. Si se incluyen en tu plan, estos servicios aparecerán en tu tabla de beneficios. 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 de aptitud física no proporciona consejo médico o de salud y los recursos para el bienestar incluidos en Olive tienen únicamente carácter informativo. La aplicación de aptitud física 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 los costos, servicios y suministros relacionados que surjan de la aparición o empeoramiento de una enfermedad, según tu tabla de beneficios. En el ámbito de tu póliza, estás cubierto para atención médica, costos, servicios o suministros que cumplan estas condiciones:

- Determinamos que son médicamente necesarios, apropiados para la enfermedad del paciente, enfermedad o lesión.
- Tienen un fin paliativo, curativo o diagnóstico.
- Están realizados por un médico, dentista o terapeuta licenciado.

Tu cobertura está también sujeta a lo siguiente:

- **Definiciones y exclusiones de la póliza** (incluidas también en este documento).
- 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).
- Cualquier **cláusula adicional**, estas condiciones generales y cualquier otro requisito legal.
- **Que los costos sean razonables y habituales:** estos son los costos que son habituales en el país en que se presta la atención médica. Solamente reembolsaremos a los proveedores médicos cuando sus cargos sean conforme a los procedimientos médicos estándar y generalmente aceptados. Si consideramos un reclamo inadecuado, nos reservamos el derecho a rechazar o reducir la cantidad que pagamos.

Generalmente cubrimos las enfermedades preexistentes (incluyendo las enfermedades crónicas preexistentes) salvo cuando digamos lo contrario en tus documentos de póliza. En caso de dudas, comprueba tu tabla de beneficios para confirmar si las enfermedades preexistentes están cubiertas.

Si no sabes si un tratamiento programado está cubierto 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 geográfica de cobertura, como se muestra en tu certificado de seguro.

Si la atención médica que necesitas está disponible a nivel local, pero decides recibirla en otro país de tu área geográfica de cobertura, te reembolsaremos los gastos médicos aptos según los límites de tu plan, excepto los gastos de viaje.

Si la atención médica apta no está disponible a nivel local y tu cobertura incluye «Evacuación médica», también cubriremos los costos del transporte al centro médico adecuado más cercano. Para reclamar los gastos médicos y de transporte ocasionados en estas circunstancias, necesitarás completar y enviar el formulario de preautorización antes de viajar.

Estás cubierto para los costos aptos que se ocasionen en tu país de origen, siempre que el país de origen se encuentre en tu área geográfica de cobertura.

¿Qué son los límites de los beneficios?

Tu cobertura puede estar sujeta a un **límite máximo del plan**. Esto es el máximo que pagaremos en total por todos los beneficios incluidos en el plan.

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

- Si aparece «100%» en el beneficio.
- Si se aplica un límite de beneficio, esto es cuando el beneficio está limitado a una cantidad específica (por ejemplo 2.000 US\$).

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

En algunos casos, además del límite del beneficio, sólo pagaremos un porcentaje de los costos de ese beneficio específico (por ejemplo 80%).

Beneficios relacionados con la maternidad

Los beneficios «Atención de maternidad de rutina» y «Complicaciones durante el embarazo y el parto» se pagan «por embarazo» o «por año de seguro». Tu tabla de beneficios lo confirmará.

Si tus beneficios de maternidad se pagan «por embarazo»

Cuando un embarazo abarca dos años de seguro y el límite de beneficio cambia en la renovación, se aplican las siguientes reglas:

- Primer año: los límites de beneficio se aplican a todos los gastos aptos.
- Segundo año: los límites de beneficio actualizados se aplican a todos los gastos aptos ocasionados en el segundo año, menos el límite total de beneficio ya reembolsado en el primer año.
- Si el límite de beneficio se reduce el segundo año y ya hemos pagado hasta esta nueva cantidad o más por gastos aptos ocasionados en el primer año, no pagaremos más el segundo año.

Límite para niños de partos múltiples y todos los niños nacidos por subrogación, adoptados y acogidos

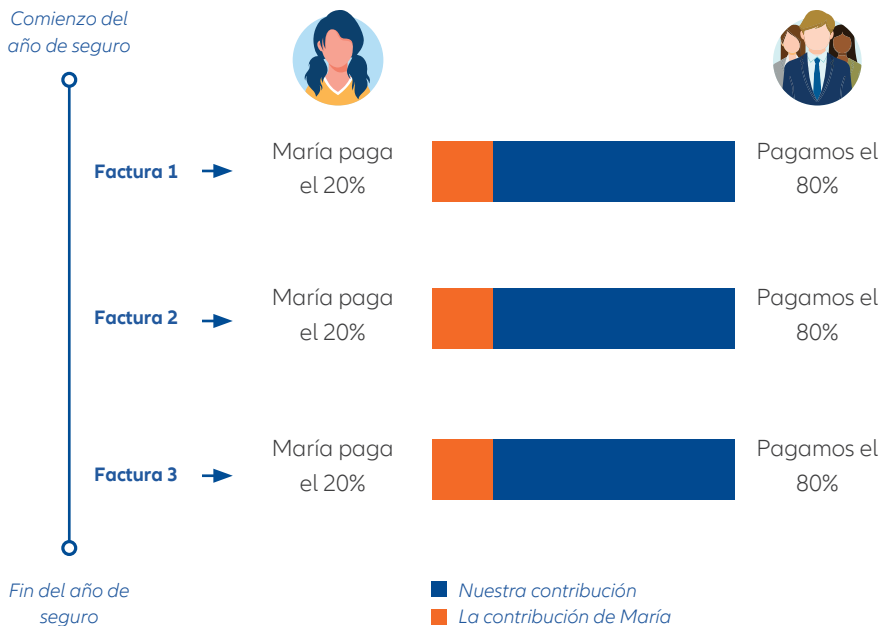
Hay un límite para la atención hospitalaria recibida en los tres primeros meses tras el nacimiento del niño en estos casos:

- Ha nacido por subrogación.
- Es adoptado.
- Es acogido.
- Ha nacido en un parto múltiple resultado de reproducción asistida.

Este límite es 40.500 US\$ por niño. La atención ambulatoria se paga según las condiciones del plan ambulatorio.

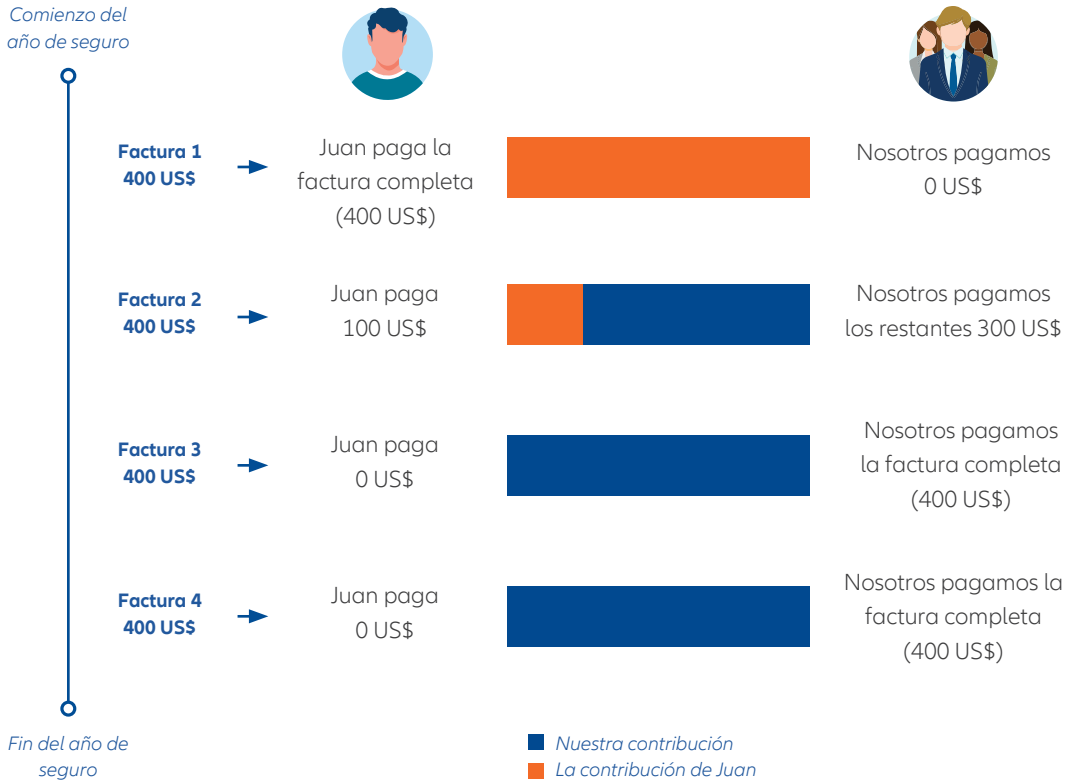
¿Qué son los copagos?

Un **copago** es cuando pagas un porcentaje de los gastos médicos. Tu tabla de beneficios mostrará si esto se aplica a tu plan. En el siguiente ejemplo, María necesita varios tratamientos dentales a lo largo del año. Su prestación para atención dental tiene un 20% de copago, lo que significa que nosotros le reembolsaremos el 80% de cada tratamiento apto. La cantidad total reembolsable por nosotros puede estar sujeta al límite máximo del plan.



¿Qué son los deducibles?

Un **deducible** (también conocido en los seguros de salud como «franquicia») es una cantidad fija que debes pagar por tus facturas médicas por periodo de cobertura, antes de que empecemos a contribuir. Tu tabla de beneficios mostrará si esto se aplica a tu plan. En el siguiente ejemplo, Juan necesita recibir atención médica a lo largo del año. Su plan incluye un deducible de 500 US\$.



Los beneficios sujetos a deducible están indicados en tu tabla de beneficios con una A. Cuando en tu póliza el deducible se aplica «por familia», se aplicará al primer reclamo enviado por cualquier persona cubierta en tu plan.

¿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 concentras en ponerte mejor.

Comprueba tu nivel de cobertura

Primero, comprueba que tu plan cubre la atención que necesitas. Tu tabla de beneficios confirmará lo que está cubierto. Aun así, siempre puedes llamar a nuestra línea de asistencia si tienes alguna consulta.

Algunos procedimientos requieren nuestra preautorización

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

A menos lo acordemos de otro modo, si haces un reclamo sin obtener nuestra preautorización, se aplicará lo siguiente:

- Si después se demuestra que la atención recibida no era médicamente necesaria, **nos reservamos el derecho a rechazar tu reclamo.**
- Si después se demuestra que la atención recibida era médicamente necesaria, pagaremos el 80% de los beneficios hospitalarios y el 50% de otros beneficios.

Atención hospitalaria (se aplica la preautorización)



Descarga un formulario de preautorización de nuestra página web:
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 o correo postal a la dirección indicada en el formulario.



Nosotros contactamos con el hospital para organizar el pago directamente, 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 una persona de confianza debe llamar a nuestra línea de asistencia (en un plazo de 48 horas tras el ingreso) para informarnos de la hospitalización. Podemos tomar los datos para la preautorización 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, donde sea 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 costo facturado.



Reclama tus gastos aptos con nuestra aplicación o portal online MyHealth.
(www.allianzcare.com/es/myhealth.html)

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



Rápida tramitación de reclamos

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

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

Evacuaciones médicas

A la primera señal de que necesitas una evacuación médica, llama a la línea de asistencia 24 horas y nos ocuparemos de ello. Debido a la urgencia, te recomendamos que llames por teléfono si es posible. No obstante, también puedes contactar con nosotros por correo electrónico. Cuando escribas, incluye en el asunto «Urgente - Evacuación».

Contacta con nosotros antes de hablar con proveedores alternativos, aunque ellos se pongan en contacto contigo, para evitar cargos excesivos y retrasos innecesarios en la evacuación. En caso de que la evacuación 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



Atención médica en los EE.UU.

Tienes acceso a una red exclusiva de médicos y hospitales en los EE.UU. con pago directo). La lista completa de proveedores de esta red está online:

 allianzglobalpass.com

No estás obligado a usar esta red. Sin embargo, si tienes un plan GlobalPass Connect y eliges un proveedor ajeno a la red, sólo te reembolsaremos el 60% de los gastos médicos (solamente atención hospitalaria y hospital de día).

Si tienes cobertura «Mundial» y quieres encontrar un médico u hospital en los EE.UU. llama a nuestro número en los EE.UU.:

 **(+1) 800 541 1983** (gratuito desde los EE.UU.)

También puedes pedir que te llamemos haciendo clic en «Contactarme» en allianzglobalpass.com y siguiendo las instrucciones.

Cuando viajes a los EE.UU. para recibir atención médica, te recomendamos que nos contactes al menos 10 días laborables antes de viajar para que podamos asegurarnos de que no hay retrasos en el ingreso.

También puedes solicitar una tarjeta descuento que puedes usar para comprar medicamentos con receta que no estén cubiertos en tu plan. Para registrarte y obtener la tarjeta descuento ve a la siguiente página web y haz clic en «Print Discount Card».

 allianzglobalpass.com

Información adicional sobre la reclamación de tus gastos

Reembolsos médicos

Antes de enviarnos un reclamo, presta atención a los siguientes puntos:

- **Plazo de reclamación:** debes enviar los reclamos (con la aplicación o el portal 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 enviar tu reclamo no más tarde de seis meses tras la fecha en que tu cobertura termina. Después de este período, no estamos obligados a pagar el reclamo.
- **Envío de reclamos:** debes enviar un reclamo independiente para cada persona que reclama y para cada enfermedad reclamada.
- **Documentos de referencia:** cuando nos envíes copias de documentos (facturas, recibos, etc.), asegúrate de guardar 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.
- **Deducibles:** si la cantidad que reclamas es menos que el deducible de tu plan, puedes hacer lo siguiente:
 - Recoger todas las facturas ambulatorias hasta que alcances una cantidad que supera este deducible.
 - Enviarnos cada reclamo cada vez que recibas atención médica. Cuando se alcance el deducible, empezaremos a reembolsarte.

Adjunta todos los recibos y facturas con tu reclamo.

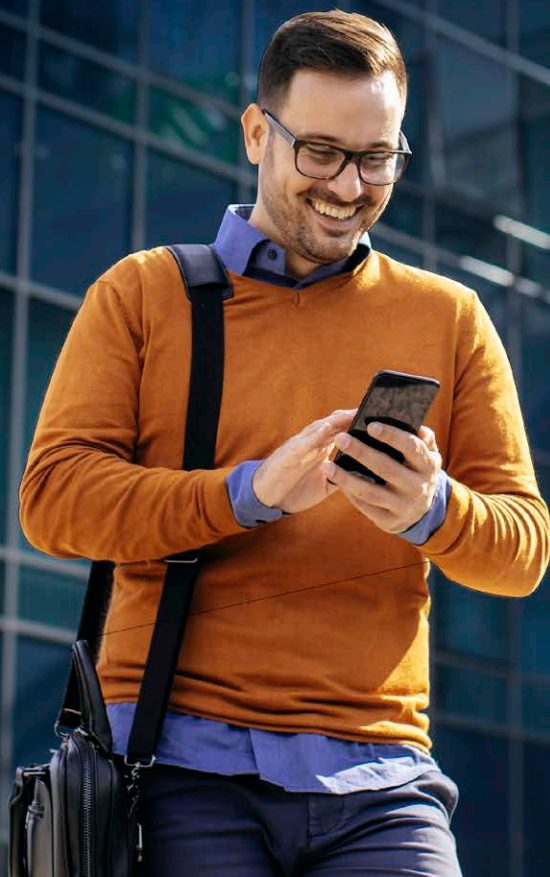
Ten en cuenta que si tienes cobertura local (con otra aseguradora médica), puedes pedir que los gastos hospitalarios o de hospital de día aptos que haya pagado la otra aseguradora se acepten como contribución al deducible de tu plan con nosotros. Esto se aplica solamente a la atención hospitalaria y en hospital de día apta recibida en un hospital o una clínica. Envíanos una copia de una factura detallada del hospital junto a un extracto o documento oficial que confirme la contribución de tu aseguradora local.

- **Divisa:** especifica la divisa en la que quieres que te paguemos. En raras ocasiones, podría sernos imposible pagar en esa divisa debido a regulaciones bancarias internacionales. Si esto ocurre identificaremos una divisa alternativa apropiada. Si tenemos que hacer una conversión de una divisa a otra, utilizaremos el tipo de cambio en vigencia en la fecha de emisión de la factura.
- **Reembolso:** sólo reembolsaremos (dentro de los límites de tu póliza) los costos aptos tras considerar cualquier requisito de preautorización, deducible o copago descrito en la tabla de beneficios.
- **Costos razonables y apropiados:** solamente reembolsaremos los cargos que sean razonables y habituales conforme a los procedimientos médicos estándar y generalmente aceptados. Si consideramos un reclamo inadecuado, nos reservamos el derecho a rechazar tu reclamo o reducir la cantidad que pagamos.
- **Depósitos:** si tienes que pagar un depósito antes de recibir la atención médica, reembolsaremos este costo solamente cuando la atención médica haya finalizado.
- **Dar información:** tú y tus dependientes aceptáis ayudarnos a obtener toda la información que necesitemos para tramitar un reclamo. Tenemos derecho a acceder a todos los registros médicos y a hablar directamente con el proveedor médico o el médico tratante. Podríamos solicitar, a nuestro propio cargo, una revisión médica realizada por nuestros médicos si lo consideramos necesario. Toda la información se tratará confidencialmente. Nos reservamos el derecho a retener beneficios si tú o tus dependientes no nos ayudáis a obtener la información que necesitamos.

Atención médica necesaria por culpa de terceros

Si reclamas 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 costo de los gastos médicos que te hayamos pagado. Si puedes recuperar directamente el costo de algo que te hayamos pagado, deberás devolvérselo esa cantidad (y cualquier interés).

Condiciones de la cobertura



Condiciones generales

Esta sección describe los beneficios estándar y las reglas de tu póliza médica.

Tu póliza de seguro de salud es un contrato anual entre el asegurado principal, cuyo nombre aparece en el certificado de seguro, y nosotros. El contrato consta de lo siguiente:

- La **guía de beneficios** (este documento), que describe los beneficios estándar y las reglas de tu póliza de seguro médico. Léela junto a tu certificado de seguro y tu tabla de beneficios.
- El **certificado de seguro**. Indica el plan o planes elegidos, la fecha de comienzo y renovación de la póliza, las fechas de comienzo de la cobertura para cualquier dependiente incluido en el contrato, y el área geográfica de cobertura seleccionada. Si se aplican otros términos que sean específicos para tu cobertura, se indicarán en el certificado de seguro (también se detallarán en un formulario de condiciones especiales, que te enviaremos antes aceptar tu cobertura). Te enviaremos un nuevo certificado de seguro si solicitas algún cambio (y es aceptado), como añadir dependientes; o si aplicamos algún cambio al que tengamos derecho.
- La **tabla de prestaciones**. Indica el plan o planes elegidos, un listado de todos los beneficios cubiertos, y qué beneficios están sujetos a preautorización. También confirma los beneficios en los que se aplican límites de beneficios, plazos de espera, deducibles o copagos específicos.
- La **información proporcionada** por el asegurado (o terceros en su nombre) a través del formulario de solicitud firmado, la solicitud de afiliación online, el formulario de declaración de salud (en adelante «formularios pertinentes») u otra información médica de respaldo.

Administración de tu póliza

Cuándo empieza la cobertura

Cuando recibas tu certificado de seguro, éste será nuestra confirmación de que has sido aceptado en la póliza. Confirmará la fecha de inicio de tu cobertura. No se empiezan a abonar los reembolsos de gastos médicos hasta que no se abone la prima inicial; las primas subsiguientes deben ser abonadas en el plazo establecido.

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

Añadir dependientes

Puedes solicitar la inclusión de cualquier miembro de tu familia como dependiente cumplimentando el formulario de afiliación pertinente.

¿Cómo añadir un recién nacido a mi póliza?

Envía un correo electrónico a underwriting@e.allianz.com en un plazo de seis semanas desde el nacimiento y adjunta el certificado de nacimiento. Con la excepción de niños de partos múltiples, aceptaremos al niño sin evaluación médica si el padre/madre biológico o comitente (en el caso de subrogación) ha estado asegurado con nosotros durante un mínimo de seis meses seguidos. La cobertura empezará desde el nacimiento.

¿Qué pasa si no os informo en un plazo de seis semanas?

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

¿Qué pasa si añado niños de partos múltiples?

Los niños de partos múltiples tendrán evaluación médica y si son aceptados, la cobertura empezará en la fecha de aceptación.

Límites del tratamiento hospitalario para dependientes recién nacidos

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

- Ha nacido por subrogación.
- Es adoptado.
- Es acogido.
- Ha nacido en un parto múltiple resultado de reproducción asistida.

Este límite es 40.500 US\$ por niño. La atención ambulatoria se paga según las condiciones del plan ambulatorio.

Cambio de afiliado principal

Si se pide cambiar el titular de la póliza en el momento de la renovación, el nuevo titular propuesto necesitará completar un formulario de solicitud y estará sujeto a evaluación médica. Consulta la sección «Fallecimiento del asegurado principal o de un dependiente» si la solicitud del cambio de asegurado principal se debe al fallecimiento de éste.

Fallecimiento del afiliado principal o de un dependiente

Deseamos que nunca tengas que consultar esta sección. No obstante, en caso de fallecimiento del asegurado principal o de un dependiente, te rogamos que nos informéis por escrito en un plazo de 28 días.

Si el titular de póliza muere, la póliza terminará y se hará un pago prorrateado de la prima del año actual, si no se han hecho reclamos. Podríamos solicitar un certificado de defunción antes de hacer el reembolso. También, si quiere, el siguiente dependiente nombrado en el certificado de seguro puede solicitar ser el titular de la póliza y mantener a los otros dependientes en la póliza. Si lo solicita en un plazo de 28 días, no añadiremos, a nuestra discreción, más restricciones o exclusiones a la cobertura a las que ya se aplicaban en el momento de la muerte del asegurado principal.

Si el titular de póliza muere, la póliza terminará y se hará un pago prorrateado de la prima del año actual, si no se han hecho reclamos. Podríamos solicitar un certificado de defunción antes de hacer el reembolso.

Cambios en la prima, en otros costos o en la cobertura

Podríamos cambiar la prima, los beneficios y las condiciones de tu cobertura en la fecha de renovación, incluyendo el cálculo para determinar las primas o la forma y frecuencia de pago. Estos cambios sólo se aplicarán desde la fecha de tu renovación, independientemente de cuándo se introduzca el cambio y no añadiremos restricciones o exclusiones particulares a tu cobertura relativas a enfermedades que han empezado después de la activación de tu póliza, siempre que nos hayas dado la información solicitada antes de activar la póliza y que no hayas pedido un aumento del nivel de cobertura.

Podríamos cambiar el importe que tienes que pagar relativo a impuestos o tasas en cualquier momento, si hay cambios en algún impuesto o tasa o se introducen nuevos impuestos.

Te informaremos por escrito sobre cualquier cambio. Si no aceptas los cambios, puedes terminar tu cobertura y trataremos los cambios como no realizados si terminas tu cobertura en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que entran en vigencia los cambios, o en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que te informamos de los cambios, cualquiera que sea posterior.

Si quieres cambiar tu nivel de cobertura, comunícate con nosotros antes de la fecha de renovación para hablar de tus opciones. La cobertura puede modificarse únicamente cuando se renueve la póliza. Si deseas mejorar el nivel de tu cobertura, podríamos pedirte completar un cuestionario sobre tu historial médico o aceptar determinadas exclusiones o restricciones en la cobertura antes de aceptar tu solicitud. Si la solicitud se acepta, podría aplicarse un aumento de la prima y podrían introducirse plazos de carencia para ciertas prestaciones.

Cambio de país de residencia

Es importante que nos avises cuando cambies tu país de residencia. Esto puede afectar a tu cobertura o a tu prima, incluso aunque te traslades a un país de tu área de cobertura. Si te trasladas a un país que está fuera de tu área geográfica de cobertura, tu póliza no será válida allí.

Ponte en contacto con nosotros para comprobar si tu cobertura es válida en el país al que te trasladas:

① underwriting@e.allianz.com

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 ser imposible seguir cubriéndote. Nuestra cobertura no sustituye a ningún seguro médico obligatorio local.

Los planes GlobalPass sólo están disponibles para residentes en Latinoamérica y el Caribe. Por lo tanto, la atención recibida después de cambiar de residencia fuera de Latinoamérica y el Caribe no estará cubierta.

Cambio 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, hazlo por correo electrónico o correo postal (con franqueo pagado). Normalmente no devolvemos los documentos, pero lo haremos si nos lo pides.

Renovación de tu cobertura

Sujeto a «Razones por las que tu cobertura podría terminar», tu póliza renovará automáticamente al final del año de seguro, si se cumplen estas condiciones:

- El plan o la combinación de planes seleccionados todavía está disponible.
- Todavía podemos darte cobertura en tu país de residencia.
- Todas las primas que se nos deben están pagadas.
- Los datos de pago que tenemos de ti todavía son válidos en la fecha de renovación de la póliza. Infórmanos si sustituyes tu tarjeta de crédito o si tu cuenta bancaria cambia.

Como parte de este proceso automático, un mes antes de la fecha de renovación recibirás un nuevo certificado de seguro junto a los detalles de cualquier cambio aplicado en la póliza. Si no recibes el certificado de seguro al menos un mes antes de la fecha de renovación, notifícanoslo.

Cambios que podríamos aplicar en la renovación

Tenemos derecho a revisar las condiciones generales de la póliza con efecto a partir de la fecha de renovación. Las condiciones generales de la póliza y la tabla de beneficios que estén vigentes en la fecha de renovación, se aplicarán para todo el nuevo año de seguro. Podríamos cambiar la prima, los beneficios y las reglas de tu afiliación en tu fecha de renovación, incluyendo el cálculo para determinar las primas o la forma y frecuencia de pago. Estos cambios sólo se aplicarán desde la fecha de tu renovación, independientemente de cuándo se introduzca el cambio y no añadiremos restricciones o exclusiones particulares a un asegurado relativas a enfermedades que han empezado después de la activación de su póliza, siempre que el asegurado nos haya dado la información solicitada antes de activar la póliza y que no haya solicitado un aumento del nivel de su cobertura.

Te informaremos por escrito sobre cualquier cambio. Si no aceptas los cambios, puedes terminar tu cobertura y trataremos los cambios como no realizados si terminas tu cobertura en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que entran en vigencia los cambios, o en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que te informamos de los cambios, cualquiera que sea posterior.

Derecho de cancelación

Puedes cancelar la póliza para todos los asegurados, o sólo para uno o más dependientes, en un plazo de 30 días tras la fecha de recepción de las condiciones generales completas de la póliza o tras la fecha de comienzo/renovación de la póliza, cualquiera que sea posterior. No se puede antedatar la cancelación de tu afiliación.

Si quieres cancelar, completa el documento «Tu derecho a cambiar de idea» que se incluye en tu paquete de afiliación. Puedes enviárnoslo por correo electrónico:

① underwriting@e.allianz.com

También puedes enviarlo por carta al departamento de servicio al cliente (Client Services Team), usando la dirección que aparece al final de esta guía.

Si cancelas tu contrato en este plazo de 30 días, te reembolsaremos la prima pagada para el nuevo año de seguro para cada uno de los miembros de la póliza, siempre que no se hayan hecho reclamos. Si decides no cancelar (ni modificar) tu póliza en este plazo de 30 días, el contrato de seguro vinculará ambas partes y deberá pagarse la prima completa para el año de seguro, según la frecuencia de pago seleccionada.

Razones por las que tu cobertura podría terminar

Tu cobertura (y la de las otras personas nombradas en el certificado de seguro) terminará en estos casos:

- Si no pagas las primas en el plazo establecido. Sin embargo, si pagas las primas pendientes en un plazo de 30 días tras la finalización del plazo de pago, la cobertura continuará sin que tengas que completar un formulario de confirmación de estado de salud.
- Si no pagas en el plazo establecido alguna otra cantidad correspondiente a impuestos del seguro u otras tasas que debas pagarnos según contrato.
- Si el asegurado principal fallece. Más información en el párrafo «Fallecimiento del afiliado principal o de un dependiente».
- Si hay evidencia razonable de que el titular de la póliza o algún dependiente nos ha engañado o ha 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:

- si aceptamos la solicitud de cobertura.
- la prima aplicable a pagar.
- si debemos pagar un reembolso.

Consulta la sección «Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura» para más información. Si usted decide cancelar su póliza avisándonos por escrito en un plazo de 30 días tras la fecha en la que recibió la documentación con las condiciones generales, o tras la fecha de comienzo/renovación de su póliza (si ésta fecha es posterior a la primera). Más información en el párrafo «Derecho de cancelación».

Si se cancela tu afiliación por razones que no sean el fraude o la omisión de información, te devolveremos las primas pagadas para el período siguiente a la cancelación, tras deducir cualquier cantidad que nos debas.

Si tu afiliación termina, la cobertura de tus dependientes también terminará.

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 se siga recibiendo o que empiece tras el vencimiento de tu póliza.

Pago de primas

Las primas correspondientes a cada año de seguro se basan en la edad que cada asegurado tiene en la fecha de comienzo del año de seguro, en el área de cobertura, en el país de residencia del asegurado principal, en la tarifa de primas vigente y en otros factores de riesgo que pueden afectar materialmente a el seguro.

Al aceptar la cobertura, aceptas también pagar la prima indicada en tu presupuesto, de acuerdo con el método de pago indicado en el mismo. Debes pagarnos por adelantado la duración de tu cobertura. Debes pagar la **prima inicial** o la primera cuota del pago inmediatamente después de que aceptemos tu afiliación. El pago de las **primas subsiguientes** vence el primer día del periodo elegido para el pago. Puedes elegir entre pagos mensuales, trimestrales, semestrales o anuales, dependiendo de la forma de pago que elijas. Cuando recibas tu factura, comprueba que la prima coincide con la cantidad indicada en tu presupuesto acordado y ponte en contacto con nosotros inmediatamente si hay alguna diferencia. No nos hacemos responsables de pagos realizados a través de terceros.

La prima debe pagarse en la divisa que elegiste al solicitar la cobertura. Si por alguna razón no puedes pagar la prima, contacta con nosotros:

 +353 1 630 1304

Las condiciones de pago pueden modificarse al renovar la póliza enviando una solicitud por escrito, la cual debemos recibir al menos 30 días antes de la fecha de renovación del seguro. No pagar la prima inicial o las primas subsiguientes en el plazo establecido podría conllevar la pérdida de cobertura.

Si la prima inicial no se paga dentro del plazo establecido, tenemos derecho a suspender el contrato mientras el pago siga pendiente. El contrato de seguro se considerará nulo a menos que emprendamos alguna acción judicial en un plazo de tres meses tras la fecha de activación de la cobertura, del inicio de la póliza o de la ejecución del contrato. Si no se paga alguna de las primas subsiguientes en el plazo establecido, podríamos establecer, por escrito y a tu cargo, un límite de tiempo no inferior a dos semanas en el que debes pagar la cantidad pendiente. Transcurrido ese plazo, podríamos terminar el contrato por escrito con efecto inmediato, quedando exento de reembolsos.

La póliza se reactiva si haces un pago en un plazo de un mes tras la fecha de cancelación o, si se acordó un plazo límite para el pago antes de la cancelación, en el plazo de un mes tras la fecha de vencimiento del plazo, siempre que no se hayan presentado reclamos en ese intervalo.

Pago de otros cargos

Si corresponde, es posible que también tengas que pagar los siguientes impuestos además de la prima:

- IVA.
- Cualquier impuesto, tasa o cargo relativos a tu cobertura que hayamos tenido que pagar o cobrarte según la ley.

Estos cargos podrían estar ya vigentes en el momento de tu afiliación, pero también podrían introducirse (o cambiar) después. Tu factura mostrará estos impuestos. Si cambian o si se introducen nuevos impuestos, te escribiremos para informarte.

Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura

Legislación aplicable: tu afiliación está sujeta a las leyes de Irlanda, salvo cuando regulaciones legales lo dispongan de otra manera. Las disputas que no puedan resolverse de otra forma se presentarán en los tribunales irlandeses.

Cláusula de suspensión por sanción: los beneficios, la cobertura y las solicitudes de pago se suspenderán si un elemento de la cobertura, prestación, actividad o negocio subyacente o no nos expone a:

- cualquier sanción, prohibición o restricción aplicable en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas, o
- a sanciones comerciales o económicas, leyes o reglamentos de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos.

Esta suspensión continuará hasta que dejemos de estar expuestos a dichas sanciones, prohibiciones o restricciones.

Las cantidades que pagamos: nuestra responsabilidad hacia ti está limitada a las cantidades indicadas en la tabla de beneficios 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, puede hacer cambios en tu póliza en tu nombre. Los cambios sólo son válidos cuando los hayamos confirmado por escrito.

Cuando la cobertura la proporciona un tercero: podemos rechazar un reclamo si tú o alguno de tus dependientes tienen derecho a reclamar beneficios de:

- La sanidad pública
- Alguna otra póliza de seguro
- Algún tercero

En este caso, tienes que informarnos y darnos toda la información necesaria. El tercero y tú 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 reclamo, si los costos también están cubiertos por ellos. Podemos tomar acciones legales en tu nombre, a nuestro cargo, para hacerlo. Esto se llama subrogación.

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:

a) La información que tú y tus dependientes nos dais, por ejemplo en el formulario de solicitud o documentos de referencia, necesita ser exacta y completa. Si no es correcta o si no nos cuentas cosas que podrían afectar a nuestra decisión de evaluación, ello podría invalidar tu póliza desde la fecha de inicio. También necesitas contarnos cualquier enfermedad que surja entre el momento de completar el formulario de solicitud y la fecha de inicio de la póliza. Las que no nos cuentes probablemente no estarán cubiertas. Si no estás seguro de que cierta información sea importante para la evaluación, llámanos y podremos aclararlo.

Si el contrato queda anulado por haber dado información incorrecta o por haber ocultado información relevante, devolveremos la prima pagada abonada hasta la fecha menos el costo de los reclamos ya pagados. Si la cantidad de los gastos médicos es superior a la prima, el afiliado principal deberá reembolsarnos el exceso.

b) No pagaremos ningún beneficio en estos siguientes casos:

- La solicitud de reembolso es falsa, fraudulenta o intencionadamente exagerada.
- Usted o sus dependientes o algún tercero en su nombre usan medios fraudulentos para obtener beneficio de esta póliza.

La cantidad de cualquier reembolso que le hayamos pagado antes de descubrir el acto fraudulento o la omisión se nos deberá inmediatamente. Si el contrato se declara nulo por haber reclamado gastos médicos falsos, fraudulentos o intencionalmente exagerados, o por haber utilizado medios fraudulentos para obtener un reembolso, no se reembolsará la prima ni parcial ni totalmente, y cualquier reclamo pendiente quedará rechazado. En caso de reclamos fraudulentos, la póliza se cancela a partir de la fecha en que se descubre el fraude.

Cancelación: cancelaremos la póliza si no has pagado la prima en el plazo establecido y por completo. Te informaremos de la cancelación y el contrato se considerará cancelado a partir de la fecha en la que vence el plazo de pago de tu prima. Sin embargo, si la prima se paga antes de 30 días tras la fecha de vencimiento del pago, la cobertura se reactivará y reembolsaremos los gastos médicos correspondientes al periodo de demora. Si la prima pendiente se paga después del plazo de 30 días, debes completar un formulario de confirmación de estado de salud antes de que tu póliza se reactive, y la reactivación estará sujeta a evaluación médica completa.


Contactar con los dependientes: para administrar tu póliza, podríamos necesitar pedir información adicional. Si necesitamos preguntar sobre uno de tus dependientes (por ejemplo, cuando necesitemos el correo electrónico de un dependiente adulto), podríamos contactarte contigo como persona que actúa en nombre del dependiente, y preguntarte la información importante, siempre que no sea información sensible. Igualmente, para administrar los reclamos, podríamos enviarte información no sensible relativa a un familiar.

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 leer nuestro aviso sobre protección de datos, visita:

 www.allianzcare.com/es/privacidad.html

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

Quejas y procedimiento de resolución de disputas

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, escríbenos:

 +353 1 630 1304

 client.services@e.allianz.com

 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.html

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

Mediación

Cualquier desacuerdo relacionado con opiniones médicas divergentes sobre una patología o consecuencia de un accidente tiene que notificársenos en un plazo de nueve semanas tras el planteamiento de la cuestión. Los desacuerdos se solucionarán por un médico designado por escrito por ti y por un médico designado por escrito por nosotros.

Si el desacuerdo no pudiera resolverse según lo establecido en la Cláusula 1, las dos partes intentarán resolverlo a través de la mediación, de acuerdo con el Procedimiento Modelo de Mediación del Centro Efectivo de Resolución de Disputas (CEDR - Centre for Effective Dispute Resolution), por el que se resolverá cualquier disputa, controversia o reclamación en relación con lo establecido en este contrato o a su incumplimiento, terminación o invalidez, cuando se trate de un valor de 600.000 US\$ o inferior y que no pueda resolverse de manera amistosa por las partes. Ambas partes deberán esforzarse en la designación de un mediador por acuerdo mutuo. Si las partes no llegan a un acuerdo sobre la designación del mediador en un plazo de 14 días, una cualquiera de las dos partes, informando a la otra por escrito, puede contactar con el CEDR para que le asignen un mediador.

Para la iniciación de la mediación, una parte deberá notificar por escrito de un Aviso de Resolución de Conflicto Alternativa (ADR - Alternative Dispute Resolution) a la otra parte del conflicto, solicitando la mediación. Debe enviarse una copia del aviso al CEDR. La mediación empezará no más tarde de 14 días tras la recepción de la notificación. Ninguna de las partes puede llevar a la otra a juicio o comenzar un procedimiento de arbitraje por disputas del tipo descrito en la cláusula 2 hasta que no se haya intentado resolver la disputa a través de la mediación, salvo cuando la mediación haya sido interrumpida o la otra parte no haya participado en ella (siempre que el derecho a proceder no haya sido menoscabado por una demora). La mediación tendrá lugar en el país de la legislación aplicable. El acuerdo de mediación al que se hace referencia en el procedimiento modelo estará sujeto a las leyes del país de la legislación aplicable. Los tribunales del país de la legislación aplicable tendrán jurisdicción exclusiva para solucionar cualquier reclamación, disputa o diferencia de opinión que pueda surgir en relación con la mediación.

Cualquier disputa, controversia o reclamación que:

- surja o esté relacionada con este contrato (o con su incumplimiento, terminación, interrupción o invalidez) sobre un valor que exceda los 600.000 US\$; o
- se refiera a la mediación según lo establecido en la cláusula 2 y no haya sido resuelta voluntariamente por mediación en un plazo de tres meses tras la fecha del aviso (ADR);

se resolverá exclusivamente en los tribunales del país de la legislación aplicable y las dos partes deberán someterse a su jurisdicción exclusiva. Cualquier procedimiento iniciado de conformidad con lo establecido en esta cláusula 3 deberá presentarse en los nueve meses siguientes a la fecha de vencimiento del período de tres meses antes mencionado.

Acciones judiciales

No iniciarás ninguna acción judicial para exigir el reembolso de gastos médicos solicitados, antes de que hayan transcurrido al menos 60 días tras la fecha en que se presentó la solicitud de reembolso, o después de que hayan transcurrido dos años tras la fecha mencionada, salvo cuando así se requiera por disposición jurídica.

Definiciones

Las siguientes definiciones se aplican a nuestros planes de salud. Los beneficios para los que estás cubierto se listan en tu tabla de beneficios. Si tu plan incluye algún beneficio que no esté listado a continuación, la definición correspondiente aparecerá en la sección «Notas» al final de tu tabla de beneficios. Cuando estos términos se mencionen en los documentos de tu póliza, siempre tendrán los siguientes significados:

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.

Afiliado principal

La persona que aparece primero en el certificado de seguro.

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 en que entra en vigencia tu póliza (indicada en el certificado de seguro) y que termina exactamente un año después.

Antecedentes en el historial clínico

Existen cuando un padre, abuelo, hermano o hijo han sido previamente diagnosticados la enfermedad del caso.

Antecedentes familiares en el historial clínico

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

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 relacionadas con la amniocentesis 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 de maternidad de rutina

Gastos médicamente necesarios ocasionados durante el embarazo y el parto. Incluyen cargos del hospital, honorarios de especialista, atención pre y posnatal de la madre, 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 este beneficio 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 en 3D y 4D están cubiertas hasta el costo de una ecografía 2D.

Las cesáreas que no sean médicamente necesarias se cubren hasta el costo de un parto natural en el mismo hospital, sujeto a los límites del beneficio «Atención de maternidad de rutina». Las cesáreas médicamente necesarias se cubren en el beneficio «Complicaciones durante el parto».

En caso de parto en el domicilio, pagaremos hasta la cantidad indicada en la tabla de beneficios si tu plan incluye el beneficio «Parto en el domicilio».

Atención del recién nacido

Las siguientes revisiones, procedimientos diagnósticos y tratamientos necesarios tras el parto:

- Pruebas rutinarias para evaluar la integridad física, las funciones básicas de los órganos y la estructura ósea del recién nacido
- Un examen de audición
- Pruebas de detección de fenilcetonuria (PKU), hipotiroidismo congénito y G6PD
- Vacunas de vitamina K, hepatitis B y BCG

La cobertura no incluye pruebas diagnósticas adicionales, como el análisis de muestras y 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 y todos los niños nacidos por subrogación, adoptados y acogidos, la atención hospitalaria está limitada a 40.500 US\$ por niño durante los tres primeros meses tras su nacimiento: este límite se aplica antes que cualquier otro beneficio de tu plan. La atención ambulatoria se paga según las condiciones del plan ambulatorio.

Atención dental

Revisión dental anual, empastes simples para el tratamiento de la caries, tratamiento del conducto radicular (endodoncia) y medicamentos dentales con receta.

Atención dental ambulatoria de emergencia

Atención recibida en una clínica dental o sala de urgencias de un hospital para el alivio inmediato del dolor dental causado por un accidente o una lesión en un diente sano natural. La atención puede incluir la pulpotomía o la pulpectomía y los subsiguientes empastes temporales, limitado a tres empastes por año de seguro. La atención médica debe recibirse en las primeras 24 horas tras la emergencia. Este beneficio 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 del límite del beneficio «Asistencia dental ambulatoria de emergencia». En ese caso, se aplican las condiciones del plan dental.

Atención dental hospitalaria de emergencia

Atención dental aguda de emergencia para el alivio del dolor debido a un accidente grave que requiere ingreso en el hospital. La atención médica debe recibirse en las primeras 24 horas tras la emergencia. La cobertura no incluye tratamientos dentales rutinarios, cirugía dental, prótesis dentales, ortodoncia ni periodoncia. Si se presta cobertura para estos tratamientos, aparecerá separadamente en la tabla de beneficios.

Atención poshospitalaria

Atención ambulatoria cubierta cuando es necesaria en los 90 días siguientes al alta del tratamiento hospitalario o del hospital de día para la misma condición médica aguda. Este beneficio cubre los honorarios de los médicos, honorarios de especialistas, cirugía ambulatoria, medicamentos y apósitos recetados, resonancia magnética, PET y tomografías computarizadas, radiografías, patología y otras pruebas de diagnóstico y procedimientos.



Certificado de seguro

Documento que emitimos y que indica los detalles de tu póliza. El documento confirma la existencia de un contrato de seguro entre tú y nosotros.

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 bariátrica

Procedimientos quirúrgicos destinados a conseguir la pérdida de peso por necesidad médica. Los procedimientos quirúrgicos cubiertos son: cirugía de derivación gástrica (bypass), gastrectomía vertical (manga gástrica), derivación biliopancreática (con o sin cruce duodenal) y cirugía de banda gástrica ajustable de silicona. También se refiere a todas las evaluaciones y consultas pre y posoperatorias, y complicaciones derivadas, hasta el límite del beneficio. Sólo se ofrece cobertura cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- a) Tienes un IMC entre 35 y 40 además de dos de los siguientes diagnósticos significativos que podrían mejorar con la pérdida de peso: hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica.
- b) Has intentado todas las medidas no quirúrgicas apropiadas sin conseguir alcanzar ni mantener la adecuada pérdida de peso clínicamente beneficiosa durante al menos un año. Todos los esfuerzos y cumplimiento de una dieta saludable y ejercicio regular deben acreditarse ante Allianz Care.
- c) Has recibido o vas a recibir tratamiento intensivo en un centro especializado en obesidad. Tenemos derecho a decidir si una clínica de obesidad o un cirujano bariátrico ejercen razonablemente como servicio especializado en obesidad.

- d) Estás considerado apto para anestesia y cirugía según la decisión de nuestra directora médica.
- e) Te comprometes a la necesidad de seguimiento y supervisión a largo plazo.

Nuestra directora médica se reserva el derecho a rechazar la cobertura para cirugía bariátrica si se considera que no constituye una 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 con receta. Todas las pruebas e investigaciones necesarias para determinar la necesidad de cirugía dental, como pruebas de laboratorio, radiografías, TAC y resonancias magnéticas están incluidas en este beneficio. La cirugía dental no cubre ningún procedimiento quirúrgico que esté relacionado con implantes dentales.

Cirugía preventiva

Mastectomía profiláctica o la ooforectomía profiláctica. Pagaremos la cirugía preventiva en estos casos:

- 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.

Complicaciones durante el embarazo

Se refiere a la salud de la madre. Solo se cubren las siguientes complicaciones que surgen durante las etapas prenatales del embarazo: diabetes gestacional, preeclampsia, muerte fetal, embarazo molar, embarazo ectópico, aborto espontáneo y amenaza de aborto espontáneo.

Complicaciones durante el parto

Costos médicamente necesarios debido a complicaciones del parto. Cuando el plan incluya también los beneficios de «Atención de maternidad de rutina» o «Parto natural y atención del recién nacido», el beneficio «Complicaciones durante el parto» incluye las cesáreas médicamente necesarias.

Conservación de células madre

Costos de extracción y un año de conservación de las células madre. El límite del beneficio se aplica a la madre asegurada por embarazo. No cubrimos los costos de transporte ni alojamiento si no hay un centro de conservación disponible en el país en el que nace el bebé.

Copago

Porcentaje del costo que debes pagar. Por ejemplo, si un beneficio tiene un reembolso del 80%, significa que se aplica un copago del 20%, por lo tanto nosotros pagamos el 80% del costo apto de cada servicio apto por asegurado, por año de seguro. Los servicios de videoconsulta no están sujetos a copago cuando se accede a través del portal de telemedicina.

Corrección refractiva de la vista con láser

Mejora quirúrgica de la refracción de la córnea mediante tecnología láser. Incluye las pruebas necesarias antes de someterse a la operación.

Costos médicos del donante vivo

Gastos médicos del donante para trasplantes de órganos realizados en hospitalización o en hospital de día. También incluye todas las pruebas necesarias para determinar la compatibilidad una vez que se ha identificado un donante potencial. Cubriremos los costos sólo en casos en los que eres el receptor del órgano del donante.

Cuidados a largo plazo

Atención durante un período prolongado de tiempo después de que se haya completado el tratamiento agudo o curativo inicial. Esto suele ocurrir en el caso de una enfermedad crónica o una incapacidad que requiere cuidados recurrentes, intermitentes o continuos, o cuando las opciones de tratamiento se limitan al nivel de atención existente. Los cuidados a largo plazo se pueden prestar en el domicilio, en un centro comunitario, en un centro de cuidados a largo plazo en un hospital o en un centro de recuperación.

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

Cuidados de enfermería inmediatamente después o en lugar de una hospitalización o tratamiento en hospital de día aptos. Pagaremos el beneficio indicado en la tabla de beneficios si el médico tratante decide que es médicamente necesario para ti alojarte en un centro de recuperación o recibir cuidados de enfermería en el domicilio. Este beneficio también necesita estar aprobado por nuestra directora médica. Este beneficio no cubre spas, centros de cura, centros de salud, cuidados paliativos o 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 prescripción médica.

D

Deducible

También conocido como «franquicia» en seguros de salud. Es la parte del costo que pagas tú y que deducimos de la cantidad que pagamos. Ofrecemos dos tipos de deducibles: «por persona» y «por familia».

El deducible «por persona» se aplica a una póliza que cubre a un único asegurado con hasta un dependiente; este deducible se aplica por separado a cada persona incluida en la póliza.

El deducible «por familia» se aplica a pólizas que cubren una familia (es decir, tres o más personas aseguradas), este deducible se aplica colectivamente a todas las personas de la póliza. Ambos tipos de deducible se aplican por año de seguro, por tanto si tu reclamo es hacia el final del año de seguro y la atención médica continúa después de la renovación, el deducible anual se aplicará a la atención médica recibida en cada año de seguro.

Los beneficios que están sujetos a deducible se listan en tu tabla de beneficios con una A.

Si también tienes seguro local (con otra aseguradora médica), puedes pedir que los gastos hospitalarios o de hospital de día aptos que haya pagado la otra aseguradora se acepten como contribución al deducible de tu plan con nosotros. Esto se aplica solamente a la atención hospitalaria y en hospital de día apta recibida en un hospital o una clínica.

Consulta la sección «Reembolsos médicos» para más información.

Dependiente

Tu cónyuge o pareja e hijos solteros, nombrados 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 cursan estudios de tiempo completo.

Deportes profesionales

Cualquier actividad deportiva que emprenda y de la que obtengas un salario u otra compensación económica.

Detección del cáncer

Revisiones médicas, pruebas e investigaciones que se hacen a intervalos de edad apropiados sin que haya síntomas presentes. Para estar cubierto, debes recibir los servicios de detección del cáncer en una institución médica autorizada o en una institución de reconocimiento médico autorizada, o bajo la dirección de un médico en un entorno apropiado y de conformidad con las directrices internacionales de práctica clínica.

Dispositivos de ayuda médica con prescripción

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

- 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 costos de los dispositivos 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.

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.

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 cura conocida ni generalmente reconocida.
- No se considera generalmente que responda bien al tratamiento.
- Requiere cuidados paliativos.
- Conduce a una incapacidad permanente.

Consulta la sección «Notas» en la tabla de beneficios para confirmar si las enfermedades crónicas están cubiertas.

Enfermedad hereditaria

Cualquier anomalía, deformidad o enfermedad que se ha transmitido a través de las generaciones en tu familia. Esto incluye, entre otras, la anemia de células falciformes y la corea de Huntington.

Enfermedades congénitas

Cualquier anomalía, deformidad, enfermedad, trastorno, malformación, defecto, anomalía o lesión hereditaria o adquirida antes o durante el nacimiento. Una enfermedad congénita se puede diagnosticar al nacer o más adelante en la vida.

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 antes de la fecha de inicio de la póliza. 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 solicitud 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 beneficios para confirmar si las enfermedades preexistentes están cubiertas en tu póliza.

Especialista

Médico licenciado con las calificaciones 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) en ambulancia, helicóptero o avión. 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 costo de tu viaje de regreso en tarifa económica a tu país principal de residencia.

Si no puedes viajar o ser evacuado por razones médicas al darte el alta después de haber recibido atención hospitalaria, cubriremos los gastos razonables de alojamiento en un hotel de tres estrellas 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 costo tiene que ser más económico que una serie de viajes entre su 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.

Evaluación médica completa

Evaluación del riesgo de seguro basada en la información que nos das al solicitar la cobertura. Nuestro equipo de evaluación usa esta información para decidir las condiciones de nuestra oferta.

F

Familia

Titular de la póliza con dos o más dependientes legales.

Fisioterapia no prescrita

Tratamiento administrado por un fisioterapeuta colegiado sin tener antes derivación del médico de cabecera. La cobertura está limitada al número de sesiones indicado en la tabla de beneficios. Un médico debe prescribir sesiones adicionales a este límite, que se cubrirán en el beneficio «Fisioterapia prescrita». La fisioterapia no incluye terapias como el Rolwing, los masajes, Pilates, terapia de fango y los «Milta».

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 Rolwing, 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) llevada a cabo por un optometrista u oftalmólogo, y para lentes de contacto y gafas para corregir la vista.

Gastos de permanencia en hospital para uno de los padres que acompañe a un paciente asegurado

Gastos de la estancia en el hospital de uno de los padres durante el tiempo en que el menor está hospitalizado para recibir atención médica apta. Si no hay camas 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 beneficios para comprobar si se aplican límites de edad a tu hijo.

Gastos de una persona acompañante de un paciente evacuado

Gastos de viaje para el acompañante del paciente evacuado. 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. La cobertura no incluye gastos de alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.

Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado evacuado

Costos razonables de transporte de todos los familiares asegurados de la persona evacuada, incluyendo menores que de otro modo podrían quedar desatendidos. Si todos los familiares no pueden viajar en el mismo vehículo que la persona evacuada, pagaremos su viaje de ida y vuelta en tarifa económica. La cobertura no incluye alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.

Gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del afiliado

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

H

Habitación en hospital

Habitaciones estándar privadas o compartidas, según se indique en la tabla de beneficios. Las habitaciones de lujo, de ejecutivo y las suites no están cubiertas. Este beneficio se aplica sólo cuando la hospitalización no está relacionada con ningún otro beneficio hospitalario indicado en la tabla de beneficios. Por ejemplo, si un asegurado ingresa por tratamiento contra el cáncer, la habitación de hospital estará cubierta en el beneficio «Oncología» y no en el beneficio «Habitación en hospital». Algunos ejemplos de beneficios que ya incluyen la habitación de hospital (si su plan los incluye) son: «Psiquiatría y psicoterapia», «Trasplante de órganos», «Oncología», «Atención de maternidad de rutina», «Cuidados paliativos» y «Cuidados a largo plazo».

Honorarios de comadrona

Costos 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 calificación necesarias.

Honorarios de dietista

Gastos de consultas sobre consejo dietético o nutricional con un profesional de la salud que tiene calificación oficial para ejercer su profesión médica en el país donde se presta la atención. Si este beneficio está incluido en tu plan, se cubren sólo enfermedades aptas diagnosticadas.

Honorarios de especialistas

Cargos por la atención no quirúrgica administrado por un médico de cabecera. Este beneficio no incluye cobertura para un psiquiatra, un psicólogo ni ningún tipo de atención que ya esté cubierta por otro beneficio de tu tabla de beneficios. No cubrimos la atención de un especialista que esté excluida por tu póliza.

Honorarios de médicos

Honorarios de consultas, incluyendo honorarios de médico de cabecera y de especialista, ocasionados por atención ambulatoria.

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.

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.

Intervenciones quirúrgicas orales y maxilofaciales

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

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

- Extracción quirúrgica de muelas impactadas
- Extracción quirúrgica de quistes
- Cirugía ortognática para la corrección de la maloclusión

L

Logopedia

Tratamiento administrado por un logopeda calificado 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 con receta

Productos que no pueden comprarse sin receta y que tienen la finalidad de tratar un diagnóstico o una enfermedad confirmados, o compensar una carencia de sustancias vitales en el cuerpo. Algunos ejemplos son antibióticos, sedantes, etc. Los medicamentos deben tener eficacia probada para la enfermedad diagnosticada. También deben estar reconocidos por las directrices médicas aceptadas internacionalmente. Puedes reclamar por un suministro de hasta 3 meses desde la fecha de la receta, sujeto al tiempo restante de póliza.

Medicamentos dentales con receta

Medicamentos prescritos por un dentista para el tratamiento de una inflamación o infección dental. La eficacia de los medicamentos dentales prescritos 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 prescriben. No incluyen enjuagues bucales, productos de flúor, geles antisépticos ni dentífricos.

Medicamentos especializados de uso ambulatorio

Medicamentos altamente especializados usados para tratar las siguientes enfermedades crónicas: esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hemofilia, VIH, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y hepatitis C. La efectividad de los medicamentos con receta para la enfermedad diagnosticada debe estar clínicamente probada. También deben estar reconocidos por el regulador farmacéutico del país en el que se usa la receta. El beneficio excluye cualquier forma de tratamiento o terapia con medicamentos que en nuestra razonable opinión sea experimental o cuya eficacia no haya sido probada en la práctica generalmente aceptada de la medicina.

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 calificado y licenciado para practicar la medicina conforme a la ley 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).
- Apropiados para el tipo y nivel de servicio médico.
- Prestados en las instalaciones apropiadas, en el marco apropiado y con un nivel apropiado de atención para el tratamiento de tu enfermedad.
- Proporcionados únicamente durante el periodo de tiempo que se estime apropiado.

En esta definición, el término «apropiado» significa tomar en consideración la seguridad del paciente y la eficacia de los costos. 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) de más de 30 (hay una calculadora del IMC en my.allianzcare.com/bmi-calc/dashboard).

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 costo de artículos protésicos por razones cosméticas, como una peluca en caso de pérdida del cabello o un sujetador protésico después del tratamiento del cáncer de mama.

Ortodoncia

Uso de dispositivos para corregir la maloclusión (desalineación de los dientes y la mordida). Solo cubrimos el tratamiento ortodóntico 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 cumple 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 retruido 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 alguna información de respaldo que muestre que tu tratamiento es médicamente necesario y por lo tanto está cubierto por tu plan. La información que 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 muestre la duración y el costo estimados del tratamiento y el tipo/material del aparato usado.
- El plan de pago acordado con el proveedor médico.
- Prueba de pago del tratamiento ortodóntico.
- 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 costo de aparatos metálicos estándar o aparatos extraíbles. Sin embargo, cubriremos dispositivos cosméticos como los aparatos linguales (brackets linguales) o férulas invisibles, hasta el límite del beneficio «Ortodoncia».

P

País de origen

País del que tienes un pasaporte o identificación personal, tu país de nacimiento o tu país principal de residencia.

País principal de residencia

País en el que tú y tus dependientes (si se aplica) residís durante al menos 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 espera

Periodo de tiempo que empieza en la fecha de inicio de la póliza (o la fecha de entrada en vigencia si se trata de un dependiente), durante el cual el no tienes cobertura para beneficios específicos. Tu tabla de beneficios muestra qué beneficios están sujetos a plazos de espera. Los periodos de espera no se aplican a ti, si tienes una póliza sin evaluación médica.

Podología

Tratamiento médicamente necesario realizado por un podólogo colegiado.

Pólizas con evaluación médica completa

Pólizas en las que pedimos a las personas aseguradas que proporcionen información detallada sobre su historial médico cuando solicitan cobertura. Evaluamos la historia clínica antes de confirmar la cobertura, para determinar el tipo de riesgo de seguro. En función del riesgo del seguro, podemos confirmar la cobertura con exclusión de ciertos beneficios o carga de primas. La cobertura para condiciones preexistentes está sujeta a los términos ofrecidos por nuestro equipo de evaluación médica, y se rige por los beneficios, términos y condiciones de la póliza.

Prótesis dentales

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

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. Este beneficio no cubre revisiones anuales o de rutina.

Pruebas prehospitalarias

Pruebas ambulatorias de prehospitalización realizadas en las 72 horas anteriores a un tratamiento hospitalario o de día cubierto por tu plan.

Psiquiatría y psicoterapia

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

Toda la atención hospitalaria o en hospital de día debe incluir la prescripción de la medicación relativa a la enfermedad.

La psicología 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.

Hay terapia disponible a través de nuestro Programa de asistencia al expatriado (PAE) y consiste en intervenciones centradas en 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 expatriado (PAE)» de esta guía.

R

Razonable y habitual

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

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.

Cubrimos los gastos de hospitalización o de estancia diurna, solo si el ingreso en un centro de rehabilitación lo ha solicitado tu médico y nosotros lo hemos aprobado.

Repatriación de restos mortales

Transporte de los restos mortales del asegurado a su país de origen. Si el asegurado fallece en su país de origen, cubriremos el transporte hasta el lugar del entierro o cremación en ese país, o a otro país de origen cuando exista más de un país de origen. Cubrimos costos como embalsamamiento, contenedor para el transporte legalmente apropiado, transporte y las autorizaciones gubernamentales necesarias. Los costos 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 beneficio específico en la tabla de beneficios.

Revisión rutinaria de la salud/bienestar y pruebas para la detección precoz de enfermedades

Revisiones médicas, pruebas e investigaciones que se hacen a intervalos de edad apropiados sin que haya síntomas presentes. Para estar cubierto, debes recibir los servicios de revisión rutinaria de la salud/bienestar en una institución médica autorizada o en una institución de reconocimiento

médico autorizada, o bajo la dirección de un médico en un entorno apropiado y de conformidad con las directrices internacionales de práctica clínica.

S

Segunda opinión médica

Proceso de búsqueda de evaluación por otro profesional médico para confirmar el diagnóstico y plan de tratamiento de un médico inicial, o para ofrecer un diagnóstico o tratamiento alternativos.

Servicios de videoconsulta

Servicios que proporcionan acceso directo a un médico a través de una plataforma de telecomunicaciones. Este beneficio cubre los costos de las videoconsultas, tal como se indica en tu tabla de beneficios, y ofrece consejo médico, diagnóstico y emisión de una prescripción, en caso necesario, para la atención médica no urgente. El acceso a servicios de teleconsulta y prescripciones 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 costo de las medicinas no se incluye, pero la entrega de las mismas o de derivaciones puede incluirse o no en este beneficio, incluso si se prescriben o recomiendan durante la videoconsulta.

T

Terapeuta

Quiropráctico, osteópata, podólogo, herborista tradicional chino, homeópata, acupuntor, médico ayurvédico, fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional o profesional de la terapia oculomotora con titulación y licencia para ejercer la profesión en el país en el que se presta el servicio.

Terapia alternativa

Terapias y procedimientos diagnósticos que están fuera de la medicina convencional occidental. Consulta tu tabla de beneficios para confirmar si alguna de las siguientes terapias alternativas está cubierta: quiropráctica, osteopatía, medicina herbal china, homeopatía, acupuntura y podología practicadas por terapeutas cualificados.

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 con receta.

Terapia oculomotora

Tipo específico de terapia ocupacional para sincronizar el movimiento de los ojos cuando hay falta de coordinación entre los músculos de los ojos.

Terapia ocupacional

Tratamiento 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 vestirse, comer y afeitarse.

Necesitaremos un informe de progreso cada 20 sesiones.

Trasplante de órganos

Procedimiento quirúrgico de realizar un trasplante de un órgano o un tejido que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y está sujeto a las condiciones, cláusulas y exclusiones de la póliza. Este beneficio cubre la medicación recetada médicamente necesaria requerida para el tratamiento pre y postrasplante y el procedimiento quirúrgico, hasta el límite de beneficio indicado en tu tabla de beneficios. Los costos asociados al órgano, obtención de células o tejido, transporte y extracción también están cubiertos. Puede aplicarse un límite de beneficio separado a éstos y a cualquier complicación o consecuencia de ellos. Solamente pagamos trasplantes de órganos que se necesitan como resultado de una enfermedad apta.

Tratamiento/atención médica

Tratamiento médico, quirúrgico o terapéutico para diagnosticar, prevenir, curar o aliviar enfermedades y lesiones, o trastornos físicos y mentales.

Tratamiento de emergencia fuera del área de cobertura

Atención médica para emergencias que ocurran durante un viaje de trabajo o de vacaciones fuera de su área de cobertura (o fuera del país de residencia si tienes cobertura «Mundial»). La cobertura se presta hasta seis semanas por viaje dentro del límite máximo del plan. Incluye la atención necesaria debido a un accidente o a la aparición o empeoramiento repentinos de una enfermedad grave que

supone una amenaza inmediata para tu salud. La atención, prestada por un médico, debe comenzar en las primeras 24 horas tras la emergencia. No se presta cobertura para la atención curativa o que no sea de emergencia, incluso si se te considera no apto para viajar a un país que pertenezca a tu área geográfica cobertura. Tampoco incluye cargos relativos a maternidad, embarazo, parto o complicaciones del embarazo o del parto. Si vas a estar más de seis semanas fuera de tu área de cobertura, debes comunicárnoslo.

Tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria

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

Toda la atención hospitalaria o en hospital de día debe incluir la prescripción 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.

El tratamiento está cubierto como parte del beneficio «Psiquiatría y psicoterapia» de tu plan ambulatorio, si tienes uno. Consulta tu tabla de beneficios para ver los límites que pueden aplicarse.

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 del beneficio «Psiquiatría y psicoterapia» de tu plan ambulatorio, si tienes uno. Consulta tu tabla de beneficios 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

Beneficio que cubre consultas, investigaciones, atención hospitalaria y ambulatoria relacionadas con un diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Si se incluye en tu plan como beneficio específico, la cobertura se limita a la cantidad indicada en tu tabla de beneficios.

Tratamiento en 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 el paciente se quede por la noche y en la que se da el alta.

Tratamiento hospitalario

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

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). Este beneficio está cubierto cuando el beneficio «Tratamiento preventivo» figura en tu tabla de beneficios.

Tú

El titular de la póliza y los dependientes nombrados en el certificado de seguro.



Visitas a domicilio

Consultas prestadas por un médico o terapeuta en tu casa. Reembolsaremos las visitas a domicilio con la misma cantidad que una visita en la consulta del médico o terapeuta. Sólo reembolsaremos cantidades superiores si se considera que una visita a domicilio era médicamente necesaria. Por ejemplo, tras la aparición repentina de una enfermedad aguda, has estado incapacitado para visitar al médico o terapeuta en su consulta.

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 beneficios o en alguna otra cláusula adicional de la póliza.

ADQUISICIÓN DE UN ÓRGANO Y ÓRGANOS TÉCNICOS O ANIMALES

Trasplantes de órganos que impliquen órganos técnicos o animales y gastos ocasionados durante la adquisición de un órgano relacionado con la conservación y de células madre.

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 AMBULATORIA

Atención recibida de forma ambulatoria cuando tu cobertura no tiene un plan ambulatorio (es decir, atención en la consulta de un médico, terapeuta o especialista o sala de emergencias que no requiere que el paciente ingrese en el hospital), excepto para atención ambulatoria que esté incluida en el plan principal (por ejemplo, TAC, resonancia magnética y TEP).

ATENCIÓN MÉDICA EN LOS ESTADOS UNIDOS 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 reclamo en estas circunstancias, nos reservamos el derecho a exigirte la devolución.

BALÓN GÁSTRICO

Cirugía o tratamiento con balón gástrico, bloqueo vagal o sistema recargable Maestro o cualquier complicación derivada de cirugía bariátrica cuando no hayamos cubierto la intervención original.

CAMBIAR DE RESIDENCIA FUERA DE LATINOAMÉRICA

Atención médica recibida después de que el titular de la póliza haya cambiado su residencia fuera de Latinoamérica y el Caribe, ya que los planes GlobalPass sólo están disponibles a residentes de Latinoamérica y el Caribe.

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.

CIRUGÍA REFRACTIVA

Tratamiento para cambiar la refracción de uno o ambos ojos, incluyendo entre otros, queratectomía refractiva (RK) y queratectomía fotorefractiva (PRK), salvo cuando se indique lo contrario en tu tabla de beneficios.

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 prescritos por ti, tu cónyuge/pareja, tus padres o tus hijos.

CONTAMINACIÓN QUÍMICA Y RADIATIVIDAD

Tratamientos 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.

DISPOSITIVOS DE AYUDA MÉDICA CON PRESCRIPCIÓN

Costos relativos al suministro y colocación de dispositivos de ayuda médica con prescripción, salvo cuando esté indicado en tu tabla de beneficios.

DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO

Atención 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

Atención y tratamientos para enfermedades contraídas intencionadamente o lesiones autoinfligidas, incluido el intento de suicidio.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

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

- Están indicadas en la carta de condiciones especiales que emitimos antes de que empiece tu póliza.
- Enfermedades que no se declararon en el formulario de solicitud.
- Enfermedades que aparecen entre el momento de completar el formulario de solicitud y la posterior de las siguientes fechas:
 - La fecha de emisión de tu certificado de seguro o
 - La fecha de inicio de tu póliza.

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

ENFERMERÍA GENERAL

Hospitalización que se requiere con la finalidad de prestar atención de enfermería general o cualquier otra finalidad excepto recibir atención médica cubierta por tu afiliación.

ERROR MÉDICO

Atención médica 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 haya sido recomendado por un médico.

ESTERILIZACIÓN, DISFUNCIÓN SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN

Investigaciones, tratamiento y complicaciones derivadas de:

- Esterilización
- Disfunción sexual (salvo cuando sea resultado de una prostatectomía tras cirugía del cáncer)
- Anticonceptivos (incluyendo la inserción y la extracción de dispositivos anticonceptivos de cualquier tipo), a no ser que estén prescritos por razones médicas no vinculadas a métodos anticonceptivos.

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

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

GASTOS POR CUMPLIMENTAR UN FORMULARIO

Honorarios de un médico requeridos por cumplimentar el formulario de reclamación, u otros gastos burocráticos.

GESTACIÓN SUBROGADA

Tratamiento directamente relacionado con la gestación subrogada tanto si usted es la madre subrogada como si es 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.

MEDICIÓN DE MARCADORES TUMORALES

Medición de marcadores tumorales, salvo cuando se te ha diagnosticado previamente el tipo específico de cáncer (en este caso, la cobertura para la medición de marcadores tumorales está incluida bajo el beneficio «Oncología»).

NO CONSULTAR UN MÉDICO O NO SEGUIR SUS INDICACIONES

Tratamientos necesarios 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 o lesión, resultado de la participación activa en lo siguiente, independientemente de que se haya declarado o no una guerra:

- Guerra
- Revueltas
- Disturbios civiles
- Terrorismo
- Actos criminales
- Actos ilegales
- Actos contra cualquier hostilidad extranjera

PÉRDIDA DEL CABELLO Y TRASPLANTE CAPILAR

Investigaciones y tratamiento de la alopecia, incluyendo trasplante capilar, a menos que la alopecia sea consecuencia de un tratamiento contra el cáncer.

PRODUCTOS DE VENTA LIBRE

Productos que puedan adquirirse sin prescripción médica, salvo cuando un beneficio específico que los cubra aparezca en la tabla de beneficios.

PRE Y POSNATAL

Clases prenatales y posnatales.

PRUEBAS GENÉTICAS

Pruebas genéticas, salvo en los siguientes casos:

- a) Cuando tu plan incluye pruebas genéticas específicas.
- 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 del receptor genético de tumores están cubiertas.

REVISIÓN DE LA VISTA

Revisión de la vista realizada por optometristas u oftalmólogos, salvo cuando se indique lo contrario en la tabla de beneficios.

TERAPIA ALTERNATIVA

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

TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

Gastos relativos a un terapeuta o asesor familiar en casos de tratamientos ambulatorios de psicoterapia familiar o de pareja.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

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

TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD

Tratamiento de la esterilidad incluyendo reproducción asistida o tratamiento para problemas médicos que surjan de ella, salvo cuando tengas un beneficio específico para el tratamiento de la esterilidad o tengas un plan ambulatorio. Si tienes un plan ambulatorio solamente cubriremos las pruebas no invasivas para encontrar la causa de la esterilidad (dentro de los límites de tu plan ambulatorio).

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Investigaciones y tratamientos para la obesidad, excepto cuando tu plan tenga el beneficio de cirugía bariátrica.

TRATAMIENTO ESTÉTICO

Cualquier tratamiento cosmético o estético efectuado para mejorar el aspecto, incluso cuando lo haya prescrito un médico. Incluye cualquier tratamiento efectuado por un cirujano plástico, independientemente del hecho de que sea necesario por razones médicas o psicológicas.

Se aplican las siguientes excepciones:

- La cirugía reconstructiva necesaria para restaurar una función o la apariencia después de un accidente que haya causado desfiguración, o como resultado de cirugía para el cáncer, si el accidente o la cirugía inicial estaba cubierta en la póliza.
- Cirugía de reasignación de género, si cumples con los criterios para los servicios de disforia de género.

TRATAMIENTO FUERA DEL ÁREA GEOGRÁFICA DE COBERTURA

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

TRATAMIENTO ORTOMOLECULAR

Consulta la definición de «Tratamiento ortomolecular».

TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS EXPERIMENTALES O SIN PROBAR

Cualquier forma de tratamiento o terapia farmacológica que sea experimental o no haya sido probada desde una perspectiva basada en evidencias o no esté aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. para la enfermedad en cuestión.

VITAMINAS Y MINERALES

Productos clasificados como:

- Vitaminas y minerales (excepto durante el embarazo o para tratar síndromes diagnosticados de deficiencias vitamínicas)
- Suplementos como fórmulas infantiles y productos cosméticos

Estos productos están excluidos, aunque estén prescritos o recomendados por un médico y tengan efectos terapéuticos reconocidos. Los gastos relativos a consultas dietéticas o nutricionales no están cubiertos, salvo cuando el beneficio «Consultas de dietista» aparezca en tu tabla de beneficios.

BENEFICIOS QUE NO ESTÁN EN TU TABLA DE BENEFICIOS

Los siguientes beneficios o sus consecuencias adversas o complicaciones, salvo cuando que se indique lo contrario en tu tabla de beneficios:


- Quiropráctica, osteopatía, homeopatía, medicina herbal china, acupuntura y podología
- Complicaciones durante el embarazo y complicaciones durante el parto.
- Atención dental rutinaria, cirugía dental, periodoncia, ortodoncia y prótesis dentales, a excepción de intervenciones quirúrgicas bucales y maxilofaciales, las cuales están cubiertas hasta el límite máximo de tu plan principal
- Pruebas diagnósticas

- Honorarios de dietista
- Honorarios de médicos
- Tratamiento dental de emergencia
- Revisión rutinaria de la salud/bienestar y pruebas para la detección precoz de enfermedades
- Cuidados de enfermería en el domicilio o en una clínica de recuperación médica
- Psiquiatría y psicoterapia ambulatorias
- Atención ambulatoria
- Cuidados paliativos
- Gafas y lentes de contacto prescritas, incluyendo revisión de la vista
- Dispositivos de ayuda médica con prescripción
- Fisioterapia prescrita
- Logopedia prescrita y terapia ocupacional
- Medicamentos con receta
- Tratamiento preventivo
- Tratamiento de rehabilitación
- Atención de maternidad de rutina
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado evacuado
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del afiliado

¡Habla con nosotros, nos encanta ayudarte!

Si tienes alguna pregunta ponte en contacto con nosotros:

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

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

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






Si no puedes acceder a los números gratuitos desde un teléfono móvil, llama a uno de los números anteriores.

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 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.

@ client.services@e.allianz.com

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

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/AllianzCare/
 www.linkedin.com/company/allianz-care
 www.youtube.com/c/allianzcare
 www.instagram.com/allianzcare/
 x.com/AllianzCare

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 75436 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.