



# Guía de prestaciones

## Flexicare

Planes de salud a corto plazo para ti y tu familia

Validez: 1 de junio de 2026

# Bienvenido

Tu familia y tú podéis confiar en nosotros, como vuestra aseguradora médica internacional, para daros acceso a la mejor atención posible.

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

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

Somos la línea de salud internacional de Allianz Partners. Allianz Partners tiene varias líneas de negocio, incluyendo salud internacional, asistencia, viaje y motor.

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

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

AWP Health & Life SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa, es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro («Code des Assurances»). Registrada en Francia 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.

# Contenido

<b>Cómo usar tu cobertura.....</b>	<b>4</b>
Servicios de asistencia.....	4
Entendiendo cómo funciona tu cobertura.....	9
¿Necesitas atención médica?.....	12
<b>Condiciones de la cobertura.....</b>	<b>19</b>
Condiciones generales.....	19
Administración de tu póliza.....	20
Pago de primas.....	25
Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura.....	27
Protección de datos.....	30
Protocolo para quejas y resolución de disputas.....	31
Definiciones.....	34
Exclusiones.....	45
<b>¡Habla con nosotros, nos encanta ayudar!.....</b>	<b>56</b>

# Cómo usar tu cobertura

## Servicios de asistencia

Queremos darte el nivel superior de servicio que te mereces. En las siguientes páginas te describimos la amplia gama de servicios que ofrecemos. Sigue leyendo para descubrir lo que está disponible para ti.

### ¡Habla con nosotros, nos encanta ayudar!

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

#### Línea de asistencia

Teléfono: **+353 1 630 1304**



**HABLA CON NOSOTROS**

El listado actualizado de nuestros números gratuitos está en la página web [www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html](http://www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html)

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

### ¿Sabías que...

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

## Estamos aquí cuando más nos necesitas

Ciertas circunstancias pueden ser angustiantes, y no tener la ayuda adecuada puede dificultar el proceso de obtener un seguro.

Nuestro equipo está disponible para ayudarte en todo. Puedes confiar en nosotros para comentarnos si necesitas asistencia adicional. Haremos ajustes razonables si es necesario para que tengas un fácil acceso a nuestros productos y servicios.

Si necesitas informarnos de una posible necesidad, solicitar ajustes específicos para comunicarnos contigo, o nominar a alguien para que interactúe con nosotros en tu nombre, ponte en contacto con nuestro equipo en [enhancedsupport@e.allianz.com](mailto:enhancedsupport@e.allianz.com).

## Servicios web

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

- Descargar formularios.
- Acceder a nuestra biblioteca de salud y bienestar.
- acceder a nuestro portal «My expat life». Desde planificar un traslado a instalarte en tu nuevo país, encontrarás todo lo que necesitas saber sobre trasladarse al extranjero.

## Servicios para afiliados 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 prestaciones para confirmar cuáles están incluidos en tu cobertura.



### PAE – Programa de asistencia al empleado\*\*

Cuando surgen dificultades en la vida o en el trabajo, nuestro programa PAE te ofrece a ti y a tus dependientes apoyo 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.

Ten en cuenta que este servicio no es apropiado para menores que no hayan alcanzado la edad legal de consentimiento, y no incluye terapia de grupo, como terapia familiar.

¿Te ha resultado útil esta guía?

Completa una  
breve encuesta



Si tu póliza incluye el PAE, puedes acceder a los servicios de asesoramiento siguiendo estos pasos:

- Descarga la aplicación TELUS Health One en la App Store o Google Play, e inicia sesión con los siguientes datos de acceso:  
**Usuario:** AllianzCare  
**Contraseña:** Expatriate
- También puedes acceder al portal del PAE a través de la página web: [www.allianzcare.com/eap-login](http://www.allianzcare.com/eap-login)



### 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:** habla con un especialista sobre cualquier cuestión de seguridad relacionada con tu destino de viaje.
- **Inteligencia sobre el país:** información y consejo relativos a muchos países.
- **Noticias diarias de seguridad:** recibe alertas sobre sucesos de alto riesgo en tu ubicación o áreas cercanas, incluyendo terrorismo y riesgos meteorológicos graves.

Si tu póliza incluye los servicios de seguridad en viaje, puedes registrarte siguiendo estos pasos:

- Descarga la aplicación Crisis24 Horizon en la App Store o Google Play, o visita [crisis24horizon.com/allianztravsec](http://crisis24horizon.com/allianztravsec).
- Regístrate con tu correo electrónico y haz clic en «Proceed».
- Introduce tus datos y añade el código de afiliado «ALLIANZTSS».
- Sigue las instrucciones que te manden por correo electrónico para restablecer tu contraseña.
- Si necesitas ayuda, puedes ponerte en contacto con [support@crisis24.com](mailto:support@crisis24.com).

Para más información o para acceder a los servicios para miembros, visita:  
[www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html](http://www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html)

\*\*Ciertos servicios que pueden estar incluidos en tu plan están prestados por proveedores externos. Si se incluyen en tu plan, estos servicios aparecerán en tu tabla de prestaciones.

Estos servicios están disponibles para ti, sujeto a tu aceptación de los términos y condiciones de tu póliza, así como de los términos y condiciones del servicio establecidos por el proveedor de servicios de terceros correspondiente. Al aceptar los términos y condiciones de los proveedores de servicios de terceros, estableces una relación contractual separada directamente con ellos. Sus servicios pueden estar sujetos a restricciones geográficas.

Los detalles completos de los términos y condiciones de los proveedores de servicios de terceros están disponibles en sus sitios web y en la aplicación o plataforma relevante donde se puedan encontrar los servicios. Los proveedores de servicios de terceros son controladores de datos independientes, y recomendamos que revises sus avisos de privacidad para comprender cómo procesan tus datos personales. Los proveedores de servicios de terceros ofrecen servicios no relacionados con seguros que no están destinados a sustituir las consultas médicas en persona, el diagnóstico, el tratamiento, la evaluación o el cuidado. Entiendes y aceptas que la aseguradora, sus reaseguradoras y sus administradores 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 costes, servicios y suministros relacionados que surjan de la aparición o empeoramiento de una enfermedad, conforme a tu tabla de prestaciones. Dentro del ámbito de tu póliza, estás cubierto para atención médica, costes, servicios o suministros que:

- Determinemos que son médicamente necesarios y apropiados para la enfermedad o lesión del paciente.
- Tengan una finalidad paliativa, curativa o diagnóstica.
- Estén realizados por un médico, dentista o terapeuta licenciado.

Tu cobertura está sujeta a lo siguiente:

- **Definiciones y exclusiones de la póliza** (incluidas también en la guía).
- Cualquier **condición especial** que figure en tu certificado de seguro.
- Cualquier **cláusula adicional**, estas **condiciones generales** y cualquier otro **requisito legal**.
- Que los costes sean razonables y habituales. Los costes que son habituales en el país en que se presta la atención médica. Solamente reembolsaremos proveedores médicos cuando sus cargos sean conforme a los procedimientos médicos estándar y generalmente aceptados. Si consideramos que una solicitud de reembolso es inadecuada, nos reservamos el derecho a rechazar o reducir la cantidad que pagamos. Tratamiento realizado por, o bajo la supervisión de, un médico, odontólogo o terapeuta homologado.

No cubrimos enfermedades preexistentes según las condiciones de esta póliza.

## ¿Dónde puedo recibir atención médica?

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

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

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

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

## ¿Qué son los límites de las prestaciones?

Tu cobertura puede estar sujeta a un **límite máximo del plan**. Esto es el máximo que pagaremos en total por todas las prestaciones incluidas en el plan por asegurado y por periodo de seguro, es decir, tres, seis, nueve o doce meses (según lo que elijas).

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

- El término «100%» aparece en la prestación.
- Se aplica un límite específico de prestación. Esto es cuando la prestación está limitada a una cantidad específica (por ejemplo, 2.490 £/3.000 €/4.050 US\$/3.900 CHF).

Los límites de prestación se aplican por «periodo de seguro».

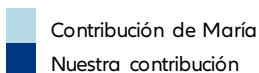
En algunos casos indicados en la tabla de prestaciones, además del límite de la prestación, solo pagaremos un porcentaje de los costes de esa prestación específica (por ejemplo, un 80% hasta 300 €).

### ¿Qué son los copagos?

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



Factura 1	María paga el 20%		Nosotros pagamos el 80%
Factura 2	María paga el 20%		Nosotros pagamos el 80%
Factura 3	María paga el 20%		Nosotros pagamos el 80%



## ¿Necesitas atención médica?

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

### Paso 1. Comprueba tu nivel de cobertura

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

### Paso 2. Confirma si la atención médica necesita nuestra preautorización

Tu tabla de prestaciones indicará qué tipos de atención médica y servicios necesitan nuestra preautorización (con un formulario de preautorización). Normalmente es atención hospitalaria y de alto coste. El proceso de preautorización nos ayuda a evaluar cada caso, a organizar todo con el proveedor médico antes de tu llegada y a pagarle directamente al proveedor médico, cuando sea posible.

A menos que nosotros lo acordemos de otro modo, si solicitas un reembolso sin obtener nuestra preautorización, se aplicará lo siguiente:

- Si posteriormente se demuestra que la atención médica o servicio recibido no era apto, **nos reservamos el derecho a rechazar tu reembolso.**
- Si posteriormente se demuestra que la atención médica o servicio recibido era apto, pagaremos el **80%** de las prestaciones hospitalarias y el **50%** de otras prestaciones.

### **Paso 3. Usa tu red de proveedores**

Te recomendamos que utilices la red de proveedores médicos para atención médica, que tiene las siguientes ventajas:

1. Si el tratamiento requiere preautorización, el proveedor médico de la red puede solicitarla en tu nombre.
2. Podrás acceder al pago directo para la mayoría de los tratamientos.

#### **¿Qué es el pago directo?**

El pago directo significa que le pagamos los costes médicos aptos directamente a tu proveedor médico. Sin embargo, ten en cuenta que puede quedar una cantidad por pagar si tu plan incluye franquicias o copagos, o si el coste del tratamiento o servicio excede el límite de prestación de tu plan.

#### **¿Qué pasa si el pago directo no está disponible para mi tratamiento?**

No todos los costes se pueden pagar con pago directo: el proveedor médico de la red te informará cuando el pago directo no esté disponible. En tal caso, tendrás que pagar a tu proveedor médico y luego solicitarnos el reembolso, como se explica en la sección «Solicitar el reembolso de tus gastos ambulatorios, dentales y de otro tipo».

## Cómo pedir la preautorización

Si en el paso 2 has confirmado que el tratamiento requiere preautorización y tienes una cita con un proveedor médico que no puede pedirla por ti, sigue este proceso:



Descarga un formulario de preautorización de nuestra página web: [www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html](http://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 a [medical.services@e.allianz.com](mailto:medical.services@e.allianz.com)



Nosotros contactamos con el proveedor médico para organizar el pago directo, cuando sea posible.

### En caso de emergencia

Recibe la atención médica de emergencia que necesitas y llama a la línea de asistencia si necesitas ayuda. Si te hospitalizan, tú, tu médico, uno de tus dependientes o un compañero debe llamar a nuestra línea de asistencia (en un plazo de 48 horas tras la emergencia) para informarnos de la hospitalización. Podemos tomar los datos para el formulario de preautorización al teléfono cuando nos llames.

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

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

Si tus gastos de tratamiento no se resuelven directamente con tu proveedor médico y tu tratamiento no requiere nuestra preautorización, puedes pagar la factura y solicitarnos el reembolso de los costes de la siguiente manera:



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 un desglose detallado de los costes.



Envía el formulario de reembolso totalmente completado junto a las facturas a [claims@allianzworldwidecare.com](mailto:claims@allianzworldwidecare.com)

### Rápida tramitación de solicitudes

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

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

## Evacuaciones y repatriaciones

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

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

**+353 1 630 1304**

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

## Atención médica en los EE. UU.

Para acceder a atención médica en EE. UU., te recomendamos que te pongas en contacto con nosotros antes de planificar cualquier tratamiento.

Esto nos permite instruir a nuestro socio local de terceros en EE. UU. Según tu condición médica, te guiarán a través de una extensa red de instalaciones médicas de EE.UU. que brindan tratamiento de calidad con pago directo y ayudan a evitar costes innecesarios o inesperadamente altos.

En emergencias, donde no sea posible contactarnos con antelación, muestra tu tarjeta de afiliación. Tu proveedor médico se pondrá en contacto con nuestro socio externo para iniciar las aprobaciones necesarias para que inicie el tratamiento .

Pagaremos el coste de la atención médica apta directamente a tu proveedor médico. Si eres responsable de alguna parte de los costes, tu proveedor te lo comunicará.

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

## Información adicional sobre el reembolso de tus gastos

### Reembolsos médicos

Antes de solicitarnos un reembolso, presta atención a estos puntos:

- **Plazo de solicitud:** debes enviar todas las solicitudes de reembolso no más tarde de seis meses tras la finalización del periodo de seguro. Después de este periodo, no estamos obligados a tramitar el reembolso.
- **Envío de solicitudes de reembolso:** debes solicitar un reembolso separado para cada persona y para cada enfermedad.
- **Documentos de referencia:** cuando nos envíes copias de documentos (facturas, recibos, etc.), asegúrate de que guardas los originales. Tenemos derecho a pedirte los originales de los documentos y facturas por razones de auditoría hasta 12 meses tras completar tu reembolso. También podríamos pedirte un justificante de pago (extracto del banco o de tarjeta) de las facturas médicas que has pagado. Te recomendamos que guardes copias de toda la correspondencia con nosotros ya que no podemos hacernos responsables de la correspondencia que no nos llega por motivos fuera de nuestro control.
- **Divisa y cargos:** especifica la divisa en la que quieres que te paguemos. En raras ocasiones podríamos no poder pagar en esa divisa debido a las regulaciones bancarias internacionales. Si esto ocurre identificaremos una divisa alternativa apropiada. Si tenemos que hacer una conversión de una divisa a otra, utilizaremos el tipo de cambio en vigencia en la fecha de emisión de la factura. Cubriremos todos los cargos asociados al pago. Sin embargo, si tu banco aplica una comisión por recibir fondos en tu cuenta como parte de sus condiciones, no nos hacemos responsables de esta comisión.

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

### **Atención médica necesaria por culpa de terceros**

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

# Condiciones de la cobertura

## Condiciones generales

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

Tu póliza de seguro médico es un contrato anual entre los asegurados nombrados en el certificado de seguro y nosotros. El contrato se compone de:

- La **guía de prestaciones** (este documento), que explica las prestaciones estándar y las normas de tu póliza de seguro médico. Léela junto a tu certificado de seguro y tu tabla de prestaciones.
- El **certificado de seguro**. Indica los planes elegidos, la fecha de comienzo y fin de la póliza y el área geográfica de cobertura. Si se aplican otras condiciones específicas a tu cobertura, se indicarán en el certificado de seguro. También se habrán detallado en la carta de condiciones especiales que te enviaremos antes de que comience a tener efecto tu cobertura. Le enviaremos un certificado de seguro actualizado si hacemos algún cambio al que tengamos derecho.
- La **tabla de prestaciones**. Indica los planes elegidos y las prestaciones disponibles, e indica qué prestaciones requieren el envío de un formulario de preautorización. También confirma qué prestaciones tienen límites de prestación, plazos de carencia, franquicias o copagos.
- La **información que tú (o terceros en tu nombre) nos das** en el formulario de afiliación firmado, la solicitud de afiliación online, o bien el formulario de declaración de salud (nos referimos a todos éstos en conjunto como «formulario de afiliación pertinente») u otra información médica de respaldo.

# Administración de tu póliza

## Cuándo empieza la cobertura

Cuando recibas tu certificado de seguro, eso es nuestra confirmación de que hemos aceptado en la póliza. Confirmará la fecha de inicio de tu cobertura. No se empieza a pagar ninguna prestación en tu póliza hasta que no se haya pagado la prima por completo.

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

## Muerte del titular de la póliza o de un dependiente

Esperamos que nunca tengas que consultar esta sección. No obstante, en caso de muerte del titular de la póliza o de un dependiente, infórmalos por escrito en un plazo de 28 días.

Si el titular de la póliza muere, la póliza finalizará y se devolverá la prima del año en curso prorrateada, siempre que no se hayan realizado solicitudes de reembolso. Podemos solicitar un certificado de defunción antes de hacer un reembolso. Alternativamente, y si lo desea, el siguiente dependiente nombrado en el certificado de seguro puede solicitar convertirse en el titular de la póliza y mantener a los demás dependientes en la misma. Si lo solicita en un plazo de 28 días, podemos no añadir, a nuestra discreción, ninguna restricción ni exclusión especial a la cobertura que no se aplicaran ya en el momento de la muerte del titular de la póliza.

Si un dependiente muere, se eliminará de la póliza y se devolverá la prima del año en curso prorrateada para esa persona, siempre que no se hayan realizado solicitudes de reembolso. Podemos solicitar un certificado de defunción antes de hacer un reembolso.

## **Cambiar el país de residencia**

Es importante que nos avises cuando cambies tu país de residencia. Esto podría afectar a tu cobertura o a tu prima, incluso aunque te traslades a un país incluido en tu área geográfica de cobertura, ya que tu plan podría no ser válido allí.

Contáctanos para comprobar si tu cobertura es válida en el país al que te vas a trasladar: [individual.admin@e.allianz.com](mailto:individual.admin@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.

## **Cambiar tu dirección postal o correo electrónico**

Debes avisarnos por escrito lo antes posible de cualquier cambio en la dirección de tu domicilio, lugar de trabajo o correo electrónico.

## **Correspondencia**

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

## **Ampliación de la cobertura**

Ten en cuenta que tu afiliación (y la de tus dependientes que figuren en tu certificado de seguro) finalizará al final del periodo de cobertura que seleccionaste al realizar la solicitud (tres, seis, nueve o doce meses).

Nuestros planes Flexicare no se renuevan automáticamente. Si necesitas pasar más tiempo en el extranjero, puedes ampliar tu cobertura volviendo a solicitarla en línea por un periodo adicional de tres, seis, nueve o doce meses.

Si inicialmente contrataste una cobertura Flexicare de 12 meses, no es posible ampliar la duración de este plan. En este caso, te recomendamos que solicites uno de nuestros planes Care, diseñados para ofrecer cobertura médica internacional a largo plazo.

## Tu derecho de rescisión

Puedes rescindir tu póliza si cambias de opinión, y esto se aplicará a todas las personas aseguradas. Tendrás derecho a un reembolso íntegro de la prima pagada correspondiente al año o período de seguro, siempre que no se haya presentado ninguna solicitud de reembolso.

Puedes ejercer tu derecho de rescisión **en un plazo de 30 días** a partir de la fecha en que:

- recibas los términos y condiciones de tu póliza, o
- formalices el contrato de seguro (al firmar el formulario de solicitud o al hacer clic en el botón de aceptación en nuestra página web, si lo contratas online).

...lo que ocurra más tarde.

Una vez transcurrido el plazo de 30 días, el contrato de seguro será vinculante para ambas partes y deberá abonarse la prima íntegra correspondiente al año o período de seguro seleccionado, de acuerdo con la periodicidad de pago que hayas elegido.

## Cómo rescindir

La forma más fácil de rescindir es **online**:

- Visita [www.allianzcare.com/es/recursos/tu-derecho-de-rescision.html](http://www.allianzcare.com/es/recursos/tu-derecho-de-rescision.html).
- Haz clic en «**Rescindir mi póliza**».
- Envía tu solicitud en el plazo de **30 días** indicado anteriormente.

Una vez que hayamos tramitado tu solicitud, te lo confirmaremos por escrito por correo electrónico.

Como alternativa al proceso digital descrito anteriormente, también puedes ponerte en contacto con nosotros utilizando los datos que figuran al final de

esta guía y solicitar la rescisión. Asegúrate de hacerlo en el plazo de 30 días indicado anteriormente.

## Razones por las que tu afiliación terminaría

Tu afiliación (y la de todas las otras personas listadas en el certificado de seguro) terminará en los siguientes casos:

- Al finalizar el periodo de cobertura que seleccionaste al solicitarla (tres, seis, nueve o doce meses), ya que nuestros planes Flexicare no se renuevan automáticamente. Si necesitas más tiempo en el extranjero, puedes ampliar tu cobertura volviendo a solicitarla en línea por un periodo adicional de **tres, seis o nueve meses**. Si inicialmente contrataste una cobertura **Flexicare de 12 meses**, no es posible ampliar la duración de este plan. En este caso, te recomendamos que solicites uno de nuestros **planes Care**, diseñados para ofrecer cobertura médica internacional a largo-plazo.
- Si no pagas alguna de tus primas en del plazo establecido ni antes.
- Si no pagas el importe del impuesto sobre la prima del seguro u otros impuestos que debas pagar conforme a tu contrato con nosotros, en el plazo o antes.
- Si el titular de la póliza muere. Consulta la sección «Muerte del titular de la póliza o de un dependiente» para más información.
- Si existe evidencia razonable de que el titular de la póliza o algún dependiente nos ha engañado o ha intentado engañarnos. Por ejemplo, dándonos información falsa, ocultando datos importantes o colaborando con terceros para darnos información falsa (ya sea de forma deliberada o negligente), que pueda influirnos en nuestra decisión sobre lo siguiente:
  - Si aceptamos una 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 tu afiliación termina por razones diferentes del fraude o la no declaración de información, te devolveremos las primas que hayas pagado para el período siguiente a la cancelación, tras deducir cualquier cantidad que nos debas.

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

### **Vencimiento de la póliza**

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

## Pago de primas

Las primas de cada periodo de seguro se basan en la edad que cada asegurado tiene en la fecha de comienzo del periodo 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 al seguro.

Al aceptar la cobertura, has aceptado pagar el importe de la prima que aparece en tu presupuesto, según la forma de pago indicada. Tienes que pagar la cantidad correspondiente a la duración de la cobertura por adelantado, justo después de que aceptemos tu solicitud.

Cuando recibas tu factura, comprueba que la prima se corresponde con la cantidad mostrada en tu presupuesto y ponte en contacto con nosotros inmediatamente si hay alguna diferencia. No somos responsables de la pérdida o retraso de los pagos realizados a través de terceros.

Debes pagar la prima en la divisa que elegiste al solicitar la cobertura. Si por alguna razón no puedes pagar la prima, ponte en contacto con nosotros: **+353 1 630 1304**

No pagar tu prima inicial en el plazo establecido podría conllevar la pérdida de cobertura.

Si la prima no se paga en el 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, la fecha de inicio de la póliza o la ejecución del contrato.

Los efectos de la rescisión cesarán si haces un pago en el plazo de un mes tras la rescisión o, si la rescisión se combinó con el establecimiento de un límite de tiempo, en el plazo de un mes tras la expiración del plazo de pago, siempre que no haya solicitudes de reembolso en el período intermedio.

## Pago de otros importes

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

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

Estos cargos pueden estar ya en vigencia cuando te afilias, pero también podrían introducirse (o cambiar) después. Tu factura reflejará estos impuestos. Si cambian o se introducen nuevos impuestos, te escribiremos para informarte.

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

## Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura

### Legislación aplicable:

- **Si vives en el Espacio Económico Europeo:** tu póliza está sujeta a las leyes y los tribunales de tu país de residencia, a menos que la ley lo disponga de otro modo.
- **Si vives fuera del Espacio Económico Europeo:** tu póliza está sujeta a las leyes y los tribunales de Irlanda, a menos que la ley lo disponga de otro modo.

### Cláusula de suspensión por sanción:

Las prestaciones, la cobertura y las solicitudes de pago se suspenderán si un elemento de la cobertura, prestación, actividad, negocio o negocio subyacente nos expone a:

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

Esta suspensión continuará hasta el momento 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 prestaciones y otras cláusulas adicionales de la póliza. La cantidad total reembolsada por una solicitud, ya sea en esta póliza o en 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 confirmamos por escrito.

### **Cuando la cobertura la proporciona un tercero:**

Podemos rechazar un reembolso si tú o cualquiera de tus dependientes tenéis derecho a recibir una prestación de:

- La seguridad social.
- Otra póliza de seguro.
- Un tercero.

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

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

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

### **Circunstancias fuera de nuestro control (causa mayor):**

Siempre intentamos hacer lo mejor para ti, pero no somos responsables de retrasos o fallos en nuestras obligaciones causados por cosas que están fuera de nuestro razonable control. Ejemplos de esto son fenómenos atmosféricos extremos, inundaciones, corrimientos de tierra, terremotos, tormentas, rayos, fuego, hundimientos, epidemias, pandemias, 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) Para pólizas con evaluación médica completa, la información que tú y tus dependientes nos dais debe ser precisa y completa. Por ejemplo, en el formulario de afiliación o documentos de referencia. Si no es correcta

o no nos informas sobre algo que podría afectar a nuestra decisión sobre el riesgo, podría anularse tu póliza desde la fecha de inicio. También tienes que informarnos sobre cualquier enfermedad que aparezca entre el momento de completar el formulario y la fecha de inicio de la póliza. Las enfermedades sobre las que no nos informes probablemente no se cubrirán. Si no estás seguro de que cierta información sea importante para la evaluación, llámanos y podremos aclararlo.

Si la póliza queda anulada por haber proporcionado información incorrecta o por haber ocultado información relevante, la prima abonada hasta la fecha de anulación se restituirá al afiliado, con deducción de cualquier cantidad que haya sido abonada para reembolsar gastos médicos. Si la cantidad de solicitudes de reembolso es superior a la prima, el titular de la póliza deberá reembolsarnos el exceso.

- b) No pagaremos ninguna prestación en estos casos:
- La solicitud de reembolso es falsa, fraudulenta o intencionadamente exagerada.
  - Tú o tus dependientes o algún tercero en tu nombre usan medios fraudulentos para obtener beneficio de esta póliza.

La cantidad de cualquier reembolso que te hayamos pagado antes de descubrir el acto fraudulento o la omisión se nos deberá inmediatamente. Si el contrato se declara nulo por haber solicitado el reembolso de gastos médicos falsos, fraudulentos o intencionalmente exagerados, o bien por haber utilizado medios fraudulentos para obtener un reembolso, la prima abonada no se reembolsará al abonado ni parcial ni totalmente, y cualquier solicitud de reembolso pendiente quedará rechazada. En caso de solicitudes de reembolso fraudulentas, la póliza se cancela a partir de la fecha en que se descubre el fraude.

### **Cancelación:**

Cancelaremos tu póliza si no abonas 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 abona antes de 30 días tras la fecha de vencimiento del pago, la cobertura se reintegrará y se reembolsarán los

gastos médicos correspondientes al periodo de demora del pago. Si la prima pendiente se paga después del plazo límite de 30 días, debes rellenar un formulario de confirmación de estado de salud antes de que tu póliza se reactive, sujeto a evaluación médica.

### **Contactar con los dependientes:**

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

## Protección de datos

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad y tratamos tu información personal. Léelo antes de enviarnos datos personales. Para leerlo visita [www.allianzcare.com/es/privacidad.html](http://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](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

# Protocolo para quejas y 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, por favor escríbanos:

Teléfono: **+353 1 630 1304**

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

Correo electrónico: [customer.resolution@e.allianz.com](mailto:customer.resolution@e.allianz.com)

Dirección: **Customer Resolution Team, Allianz, 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](http://www.allianzcare.com/es/quejas.html)

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

## Mediación

1. Cualquier desacuerdo relacionado con opiniones médicas sobre una patología o consecuencia de un accidente tiene que comunicársenos en un plazo de nueve semanas tras el planteamiento de la cuestión. Tales desacuerdos se solucionarán entre dos expertos médicos nombrados por ti y por nosotros por escrito.
2. Si los desacuerdos no se pueden resolver conforme a la cláusula 1, las partes intentarán resolver por mediación conforme al Procedimiento Modelo de Mediación del Centro para la Resolución Efectiva de Disputas (CEDR - Centre for Effective Dispute Resolution) cualquier disputa, controversia o reclamación en relación con lo establecido en este contrato o su incumplimiento, terminación o invalidez, cuando el valor sea de 500.000 € o menos y 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 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 se llevará a cabo en el país de la legislación aplicable. El acuerdo de mediación al que se hace referencia en el procedimiento modelo se regirá, interpretará y entrará en vigor de acuerdo con 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.

3. Cualquier disputa, controversia o reclamación que:
  - a) surja o esté relacionada con este contrato (o con su incumplimiento, terminación, interrupción o invalidez) sobre un valor que exceda los 500.000 €; o
  - b) se someta a mediación de conformidad con la Cláusula 2, pero que no se resuelva voluntariamente mediante mediación en un plazo de tres meses a partir de la fecha de la notificación de resolución alternativa de litigios (ADR), será resuelta exclusivamente por los tribunales del país de la ley aplicable, y las partes se someterán a la jurisdicción exclusiva de dichos tribunales. 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 emprenderás ninguna acción judicial para recuperar ninguna cantidad de la póliza hasta al menos 60 días tras la fecha en que se haya presentado la solicitud de reembolso, ni después de dos años a partir de esa presentación, a menos que así lo dispongan las regulaciones obligatorias.

# Definiciones

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

## **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.

## **Agudo**

Aparición repentina de síntomas o una enfermedad.

## **Ambulancia local**

Transporte en ambulancia al hospital o centro médico autorizado más cercano y apropiado cuando sea necesario por una emergencia o por necesidad médica para recibir tratamiento para el que estás cubierto.

## **Antecedentes familiares**

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

## **Antecedentes familiares directos**

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

## **Asegurado**

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

## **Atención ambulatoria de emergencia**

Atención recibida en la sala de urgencias de un hospital o clínica en un plazo de 24 horas tras un accidente o enfermedad repentina, para la que no hay necesidad médica de que ocupes una cama de hospital. Si tu póliza incluye prestaciones ambulatorias, cubrirá la atención

médica ambulatoria que exceda el límite de la prestación «Atención ambulatoria de emergencia». En ese caso, se aplicarán las condiciones del plan ambulatorio.

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

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

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

Tratamiento dental agudo de emergencia para el alivio del dolor, que se debe a un accidente grave y requiere ingreso hospitalario. El tratamiento debe recibirse en las primeras 24 horas tras el incidente que ha causado la emergencia. La cobertura no incluye tratamientos dentales rutinarios, cirugía dental, prótesis dentales, ortodoncia o periodoncia. Si se proporciona cobertura para estos tratamientos, en la tabla de prestaciones aparecerá una prestación específica para ellos.

### **Certificado de seguro**

Documento que emitimos y que indica los detalles de tu póliza. Confirma que existe una relación 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.

### **Consejo general**

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

### **Consejo médico**

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

### **Copago**

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

### **Dependiente**

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

### **Deportes profesionales**

Cualquier actividad deportiva a la que te dediques y de la que obtengas un salario u otra compensación económica.

### **Diente natural**

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

### **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 aguda**

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

### **Enfermedad crónica**

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

- es de naturaleza recurrente;
- no tiene cura conocida ni generalmente reconocida;
- no se considera generalmente que responda bien al tratamiento;
- requiere cuidados paliativos;
- conduce a una incapacidad permanente.

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

### **Enfermedades preexistentes**

Enfermedades, lesiones, afecciones o trastornos físicos o mentales de los que tú o tus dependientes hayáis experimentado alguna vez signos o síntomas, o para el que se haya recibido o recomendado alguna vez asesoramiento médico, resultados diagnósticos, pruebas o tratamiento, independientemente de si se ha establecido un diagnóstico formal.

Consideraremos una condición médica como preexistente si podemos determinar que tú o tus dependientes tenáis conocimiento sobre ella. Tu póliza no cubre enfermedades preexistentes.

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

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

Tales enfermedades preexistentes estarán sujetas a evaluación médica y no se cubrirán.

### **Especialista**

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

### **Evacuación médica**

Se aplica en las siguientes situaciones:

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

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

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

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

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

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

### **Fecha de entrada en vigor**

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

### **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 o terapeuta que te derivó debe revisar el tratamiento.

Si necesitas más sesiones, tu médico o terapeuta debe enviarnos un nuevo informe de evolución y un plan de tratamiento para tu afección, que indique la necesidad médica de continuar el tratamiento. Este proceso debe llevarse a cabo cada vez que se completen 12 sesiones.

La fisioterapia no incluye terapias como el Rolfing, los masajes, Pilates, terapia de fango y los «Milta».

### **Gastos de alojamiento en hospital para uno de los padres que acompaña a un niño asegurado menor de edad**

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

### **Gastos de entierro**

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

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

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

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

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

### **Gastos de viaje para el acompañante de un paciente evacuado o repatriado**

Gastos de viaje de una persona que acompaña al paciente evacuado o repatriado. Si no pueden viajar en el mismo vehículo, pagaremos un transporte alternativo en tarifa económica. Una vez finalizada la atención médica, también cubriremos los gastos de regreso del acompañante en tarifa económica hasta el país en el que empezó la evacuación o repatriación.

La cobertura de estas prestaciones solo está disponible si la evacuación o repatriación asociada también está cubierta por tu plan. La cobertura no incluye alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.

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

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

La cobertura de estas prestaciones solo está disponible si la evacuación o repatriación asociada también está cubierta por tu plan. La cobertura no incluye alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.

### **Habitación hospitalaria**

Habitaciones privadas o compartidas estándar, según se indique en la tabla de prestaciones. Pagamos los costes de tu estancia en el hospital y todos los tratamientos y servicios aptos de cuidado diurno/hospitalario requeridos durante el uso de la habitación, hasta las tarifas razonables y habituales asociadas con el tipo de habitación especificado en tu tabla de prestaciones. Las habitaciones de lujo y las suites no están cubiertas.

No cubrimos los gastos no médicos o personales que se cobran por separado al coste de la estancia en el hospital, como llamadas telefónicas o periódicos. Si las comidas no están incluidas en el coste de la estancia en el hospital, solo cubriremos hasta tres comidas completas al día. Un plato completo consiste en un entrante, un plato principal, un postre y una bebida.

Ten en cuenta que si tu ingreso al hospital está relacionado con otra prestación cubierta por tu póliza, la estancia en el hospital puede que ya esté incluida en esa prestación. Por ejemplo, si ingresas por tratamiento contra el cáncer, la habitación de hospital estará cubierta en la

prestación «Oncología» en vez de en la prestación «Habitación en hospital». Otras prestaciones que pueden incluir la habitación de hospital (si tu plan las incluye) son: «Psiquiatría y psicoterapia», «Embarazo y parto», «Cuidados paliativos» y «Cuidados a largo plazo». Cuando la prestación incluya habitación en el hospital, el tipo de habitación especificado en «Habitación de hospital» en tu tabla de prestaciones también se aplicará a esas otras prestaciones. Por ejemplo, si la prestación de «Habitación de hospital» cubre una habitación compartida y estás hospitalizado para tratamiento contra el cáncer, la prestación de «Oncología» incluirá cobertura solo para estancia en una habitación compartida.

Si el tipo de habitación especificado en la tabla de prestaciones no está disponible, o si eliges un tipo de habitación mejor, pagaremos los costes de tu estancia en el hospital y todos los tratamientos y servicios aptos de cuidado diurno/hospitalario, hasta las tarifas razonables y habituales asociadas con el tipo de habitación especificado en tu tabla de prestaciones.

### **Honorarios de especialista**

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

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

Honorarios a pagar por tratamientos no quirúrgicos realizados o administrados por un médico, o realizados por un profesional médico bajo la supervisión de un médico.

### **Honorarios de médicos**

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

### **Hospital de día**

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

### **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.

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.

## Medicamentos y vendajes recetados

Productos prescritos por un médico para lo siguiente:

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

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

## Médico

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

## Médico de cabecera

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

## Necesidad médica

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

- Esenciales para identificar o 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 niveles de atención profesionales de la comunidad médica del momento (esto no se aplica a los tratamientos complementarios 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 los tratamientos complementarios si forman parte de tu cobertura).
- Apropriados 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 costes. Respecto a la atención hospitalaria, «necesidad médica» también significa que no puede diagnosticarse ni puede tratarse de manera segura y eficaz de forma ambulatoria.

## Nosotros

AWP Health & Life SA, sucursal irlandesa, la aseguradora.

## **Oncología**

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

## **Pago directo**

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

## **País de origen**

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

## **Hospital**

### **País principal de residencia**

país en el que tú y tus dependientes (si se aplica) residís durante más de seis meses al año.

## **Pareja**

Pareja de hecho o persona con la que has convivido en una relación de hecho durante un periodo continuado de 12 meses.

## **Periodo de seguro**

Periodo que empieza en la fecha en que entra en vigencia la póliza, indicada en el certificado de seguro.

## **Plazo de carencia**

Periodo de tiempo que empieza en la fecha de inicio de la póliza (o la fecha de entrada en vigencia si se trata de un dependiente), durante el cual no tienes cobertura para prestaciones específicas. Tu tabla de prestaciones indica qué prestaciones están sujetas a plazos de carencia. Los plazos de carencia no se te aplican si tienes una póliza sin evaluación médica.

## **Previsible**

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

## **Pruebas diagnósticas**

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

## **Razonable y habitual**

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

## **Red médica**

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

## **Repatriación de restos mortales**

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

## **Repatriación médica**

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

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

## **Terapeuta**

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

## **Tratamiento ambulatorio**

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

## **Tratamiento hospitalario**

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

## Tratamiento/atención médica

Intervenciones médicas, quirúrgicas o terapéuticas recibidas para diagnosticar, prevenir, curar o aliviar enfermedades, lesiones y trastornos físicos y mentales.

## Tú

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

## Vacunas

- Todas las vacunaciones básicas y las inyecciones de refuerzo conformes a las directrices médicas internacionales que se aplican en el país donde se administran
- La vacunación contra la COVID-19\*, donde el gobierno no la ofrezca gratuitamente o la financie parcialmente en tu país de residencia
- Vacunas de viaje médicamente necesarias
- Pastillas de prevención de la malaria

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

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

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

Cubrimos los costes razonables y habituales de la vacuna para la COVID-19, incluyendo la administración de la inyección, según las políticas sanitarias locales relacionadas con la asignación de vacunas. No pagamos el coste de desplazamiento si decides viajar a un país diferente de donde resides normalmente para obtener la vacuna. La cobertura no pretende darte prioridad en el acceso a la vacuna.

# Exclusiones

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

## **ADQUISICIÓN DE UN ÓRGANO**

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

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

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

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

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

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

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

## **ATENCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON EL PESO**

Tratamiento y servicios para el control del peso, incluyendo:

- Medicamentos recetados o recomendados médicamente con el único o principal objetivo de controlar el peso.
- Medicamentos recetados o recomendados médicamente en relación con cualquier afección o síntoma médico, independientemente de si la afección se clasifica como relacionada con el peso; o si podría prevenirse, mejorarse o

aliviarse mediante el control del peso (excepto cuando se indique su uso en el tratamiento de la diabetes tipo 2 establecida).

- Cirugía bariátrica (a menos que tengas una prestación específica).
- Suplementos.
- Afiliaciones a gimnasios.
- Programas de dieta.
- Programas residenciales para trastornos alimentarios.

#### **CARILLAS DENTALES**

Carillas dentales y procedimientos relacionados.

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

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

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

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

#### **CONTAMINACIÓN QUÍMICA Y RADIATIVIDAD**

Tratamiento o servicios 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, a menos que la persona cumpla con los criterios de retraso en el desarrollo y la prestación esté incluida en tu póliza. La cobertura de retrasos en el desarrollo físico solo se proporciona en las prestaciones de «Fisioterapia prescrita» y «Terapia ocupacional» si están incluidos en tu plan, y se confirma que el retraso es de al menos 12 meses, basado en mediciones cuantitativas según lo documentado por profesionales médicos calificados. No cubrimos apoyo educativo diario, ingresos, estancias o tratamiento en hospital de día en instituciones académicas especializadas.

#### **DISFORIA DE GÉNERO**

Cuidados, tratamiento o servicios para la disforia de género.

## **DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO**

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

## **EMBARCACIÓN EN EL MAR**

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

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

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

## **ENFERMEDADES PREEXISTENTES**

Enfermedades preexistentes (incluyendo enfermedades crónicas preexistentes):

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

Estas enfermedades también estarán sujetas a evaluación médica completa y si no se declaran no se cubrirán.

## **ERROR MÉDICO**

Atención necesaria como consecuencia de errores médicos.

## **ESTANCIAS EN CENTROS TERAPÉUTICOS**

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

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

Pruebas, tratamientos y complicaciones relacionadas con lo siguiente:

- Esterilización.
- Disfunción sexual (salvo cuando sea resultado de una prostatectomía tras cirugía del cáncer).
- Anticoncepción (incluyendo la inserción y extracción de aparatos anticonceptivos y otros anticonceptivos), salvo cuando estén prescritos por razones médicas no relacionadas con el control de la natalidad.

## **GASTOS DE DESPLAZAMIENTO**

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

## **GASTOS POR CUMPLIMENTAR UN FORMULARIO**

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

## **GESTACIÓN SUBROGADA**

Tratamiento directamente relacionado con la gestación subrogada tanto si eres la madre subrogada como si eres uno de los padres comitentes.

## **INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO**

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

## **LESIONES O ENFERMEDADES CAUSADAS POR LA PRÁCTICA DE DEPORTE O ACTIVIDADES EXTREMOS O PROFESIONALES**

Solicitudes de reembolso resultantes de la participación en deportes o actividades extremos o profesionales, entre los que se incluyen:

- salto base
- salto a gran altura
- salto de acantilado
- montañismo a altitudes altas por encima de los 3.000 metros
- escalada
- parapente

- espeleología
- carreras de deportes de motor, incluyendo carreras de motocross y dirt bike
- monta o corrida de toros
- parkour
- buceo a una profundidad de más de 30 metros
- esquí fuera de pista

#### **LOGOPEDIA**

Logopedia relacionada con retraso en el desarrollo (a menos que la persona cumpla con los criterios de retraso en el desarrollo y la prestación de «Desarrollo tardío» esté incluido en tu póliza), dislexia, dispraxia o trastorno del lenguaje expresivo.

#### **MEDICIÓN DE MARCADORES TUMORALES**

Medición de marcadores tumorales, salvo cuando se te ha diagnosticado previamente el tipo específico de cáncer, en cuyo caso se cubre en la prestación «Oncología».

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

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

#### **OPERACIONES DE BÚSQUEDA O RESCATE**

Costes de las operaciones de «búsqueda o rescate»:

- para localizar a un afiliado, o
- para acceder, extraer o transportar a un afiliado desde el agua, el subsuelo, una montaña o cualquier otro lugar en tierra que no sea fácilmente accesible por carretera o a pie.

Ten en cuenta que, cuando tu plan incluya prestaciones de ambulancia local, evacuación médica o repatriación médica, solo cubriremos los gastos aptos correspondientes a actividades que comiencen una vez concluidas las operaciones de «búsqueda o rescate» y que hayas sido trasladado a un lugar seguro en tierra firme.

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

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

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

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

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

## **PRE Y POSNATAL**

Clases prenatales y posnatales.

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

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

- Cirugía bariátrica
- Complicaciones durante el embarazo y parto.
- Tratamiento dental, cirugía dental, periodoncia, ortodoncia y prótesis dentales.
- Desarrollo tardío.
- Honorarios de dietista.
- Tratamiento dental de emergencia.
- Gastos de viaje para el acompañante de un paciente evacuado o repatriado.
- Revisión rutinaria de la salud/bienestar y pruebas para la detección precoz de enfermedades.
- Parto en el domicilio.
- Homeopatía, medicina herbal china, acupuntura y tratamiento ayurvédico.

- Tratamiento de fertilidad.
- Psiquiatría y psicoterapia hospitalarias.
- Corrección refractiva de la vista con láser.
- Repatriación médica.
- Trasplante de órganos.
- Psiquiatría y psicoterapia ambulatorias.
- Asistencia ambulatoria.
- Gafas y lentes de contacto con prescripción médica, incluyendo revisión de la vista.
- Dispositivos de ayuda médica con prescripción.
- Tratamiento preventivo.
- Tratamiento de rehabilitación.
- Embarazo y parto
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado evacuado/repatriado.
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del asegurado.
- Gastos de viaje de los asegurados para estar con un familiar cercano que está en peligro de muerte o ha muerto.
- Vacunas.

#### **PRODUCTOS DE VENTA LIBRE**

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

#### **PRODUCTOS PERSONALES Y SUPLEMENTOS DIETÉTICOS**

No cubrimos los siguientes productos, incluso si están prescritos, médicamente recomendados o se reconoce que tienen efectos terapéuticos:

- Productos personales como enjuague bucal, pasta de dientes, pastillas y aerosoles antisépticos, champú, bloqueador solar, desinfectante, guantes, máscaras, viseras, termómetros y suministros para bebés.
- Productos cosméticos, incluyendo humectantes, emulsiones, lociones, geles y aceites para la piel que no contienen componentes medicinales.
- Comida para niños, incluyendo fórmula infantil administrada por vía oral.

Tampoco cubrimos vitaminas, minerales o suplementos (incluyendo preparaciones nutricionales, dietéticas, orgánicas o herbales) excepto en los siguientes casos:

- Cuando se prescriba:
  - durante el embarazo, según se requiera de acuerdo con las directrices médicas.
  - durante el tratamiento del cáncer, según se requiera de acuerdo con las directrices médicas.
  - para tratar los síndromes de deficiencia diagnosticados.

### PRUEBAS GENÉTICAS

Pruebas genéticas, salvo en los siguientes casos:

- Cuando tu plan incluye prestaciones específicas para pruebas genéticas.
- Cuando las pruebas de ADN están directamente relacionadas con una amniocentesis apta, por ejemplo en mujeres de 35 años o más.
- Pruebas genéticas de receptores tumorales, cuando sea médicamente apropiado y la prestación «Oncología» esté incluida en su plan.

### SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL

Indemnización por muerte accidental, cuando la muerte del asegurado haya estado causada directa o indirectamente por:

- Participación activa en conflictos bélicos, disturbios o alteración del orden público, terrorismo, actos criminales o ilegales o de defensa contra cualquier tipo de hostilidad extranjera, independientemente del hecho de que se haya declarado o no una guerra.
- Enfermedades causadas intencionalmente o lesiones autoinfligidas, incluyendo el suicidio, que ocurran durante el primer año de cobertura.
- participación activa en actividades subterráneas o submarinas, como por ejemplo la explotación minera o el submarinismo;
- participación en actividades que se desarrollan sobre el agua (como plataformas o torres petrolíferas) y actividades aéreas, salvo cuando se especifique de otra forma en el contrato corporativo;
- Contaminación química o biológica, exposición a radiactividad o cualquier material nuclear, incluidos los combustibles nucleares.

- **Riesgo pasivo de guerra:**
  - Estar en un país que el gobierno británico ha recomendado a sus ciudadanos abandonar (este criterio se aplica independientemente de la nacionalidad del asegurado) y al que recomienda no viajar.
  - Viajar o permanecer durante más de 28 días en un país o una región a la que el gobierno británico recomienda no viajar excepto en caso de extrema necesidad.

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

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

- Deportes de combate.
- Deportes aéreos, como el vuelo en ultraligero, en globo, en ala delta, parapente, paracaidismo ascendente o salto en paracaídas.
- Otros deportes peligrosos como el puenting.

#### **TERAPIA ALTERNATIVA**

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

#### **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 DE CONDUCTA Y DE PERSONALIDAD**

Tratamientos para los trastornos de conducta, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, autismo, trastornos negativistas desafiantes, comportamientos antisociales, trastornos obsesivos compulsivos o fóbicos, trastornos del apego, problemas de adaptación, trastornos de la conducta alimentaria o de la personalidad, o tratamientos que estimulen la creación de relaciones socio-emocionales positivas, como la terapia familiar.

#### **TRASTORNOS DEL SUEÑO**

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

#### **TRATAMIENTO COSMÉTICO**

Cualquier tratamiento cosmético, incluso cuando se prescribe médicamente. Esto incluye el tratamiento realizado por un cirujano plástico, independientemente del hecho de que sea necesario por razones médicas o psicológicas. La única excepción es:

- Cirugía reconstructiva necesaria para restaurar una función o la apariencia después de un accidente que haya causado desfiguración, o como resultado de cirugía para el cáncer, si el accidente o la cirugía estaban también cubiertos por esta póliza.

#### **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».

## **TRATAMIENTO PARA LA FERTILIDAD**

Tratamiento para la fertilidad incluyendo reproducción asistida o cualquier tratamiento para problemas médicos que surjan de ella, salvo cuando tengas una prestación específica para el tratamiento de la fertilidad o un plan ambulatorio. Si tiene un plan ambulatorio solamente cubriremos las pruebas no invasivas para encontrar la causa de la esterilidad (dentro de los límites del plan ambulatorio).

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

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

## **VISITAS A DOMICILIO**

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

# ¡Habla con nosotros, nos encanta ayudarte!

Si tienes alguna duda, ponte en contacto con nosotros.

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



HABLA CON NOSOTROS

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

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

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

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

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

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

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

[www.facebook.com/AllianzCare](https://www.facebook.com/AllianzCare)

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

[www.youtube.com/c/allianzcare](https://www.youtube.com/c/allianzcare)

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

[x.com/AllianzCare](https://x.com/AllianzCare)

[www.tiktok.com/@allianzcare](https://www.tiktok.com/@allianzcare)

¿Te ha resultado útil esta guía?

Completa una  
breve encuesta



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

AWP Health & Life SA está sujeta a la autoridad francesa de control prudencial (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) situada en 4, place de Budapest, CS 92459 75 436 Paris Cedex 09. AWP Health & Life SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa, es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro («Code des Assurances»). Registrada en Francia 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.