



Guía de prestaciones

Care

Planes médicos internacionales para ti y tu familia

Validez: 1 de noviembre de 2024

Bienvenido

Tú y tu familia podéis confiar en que nosotros, como vuestra aseguradora internacional, os daremos 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 marca de salud internacional de Allianz Partners. Allianz Partners tiene varias líneas de negocio, incluyendo salud internacional, asistencia, viaje y motor.

Cómo usar tu cobertura

Servicios	5
Entendiendo cómo funciona tu cobertura	16
¿Necesitas atención médica?	20
Información adicional sobre el reembolso de tus gastos	26

Condiciones generales de tu cobertura

Condiciones generales	30
Administración de tu póliza	31
Pago de primas	38
Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura	40
Protección de datos	43
Quejas y procedimiento de resolución de disputas	44
Definiciones	46
Exclusiones	59

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

AWP Health & Life SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa, es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro («Code des Assurances»). Registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS Bobigny. La sucursal irlandesa está inscrita en el registro oficial de empresas de Irlanda con el número 907619, en la dirección 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life SA.

Cómo usar tu cobertura



Servicios

Queremos darte el nivel superior de servicio que te mereces. En las siguientes páginas te describimos la amplia gama de servicios que ofrecemos. Sigue leyendo para ver todo lo que puedes aprovechar, desde nuestros servicios digitales MyHealth hasta el programa de asistencia al expatriado.

Habla con nosotros, nos encanta ayudar

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

Línea de asistencia

☎ Teléfono: **+353 1 630 1304**

El listado actualizado de nuestros números gratuitos está en la página web:

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

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

¿Sabías que...

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

Servicios digitales MyHealth

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

Funciones de la aplicación y el portal MyHealth



Mi póliza

Accede a tus documentos de póliza y tarjeta de afiliado sobre la marcha.



Mis solicitudes de reembolso

Envía tus solicitudes en 3 sencillos pasos y consulta el historial de solicitudes.



Mis contactos

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



Comprobador de síntomas

Evaluación fácil y rápida de tus síntomas.



Buscador médico

Localiza proveedores médicos cercanos.



Asistente de farmacia

Busca el equivalente local de marcas de medicamentos.



Traductor de términos médicos

Traduce nombres de enfermedades comunes a 17 idiomas.



Números de emergencia

Acceso a números locales de emergencia en todo el mundo.

Otras funciones útiles

- Actualiza tus datos online: correo electrónico, teléfono, contraseña, dirección (si es en el mismo país que la anterior dirección), preferencias de marketing, etc.
- Consulta el límite restante de cada prestación, que está en tu tabla de prestaciones
- Paga la prima online y consulta los pagos
- Añade o cambia los datos de tu tarjeta de crédito

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

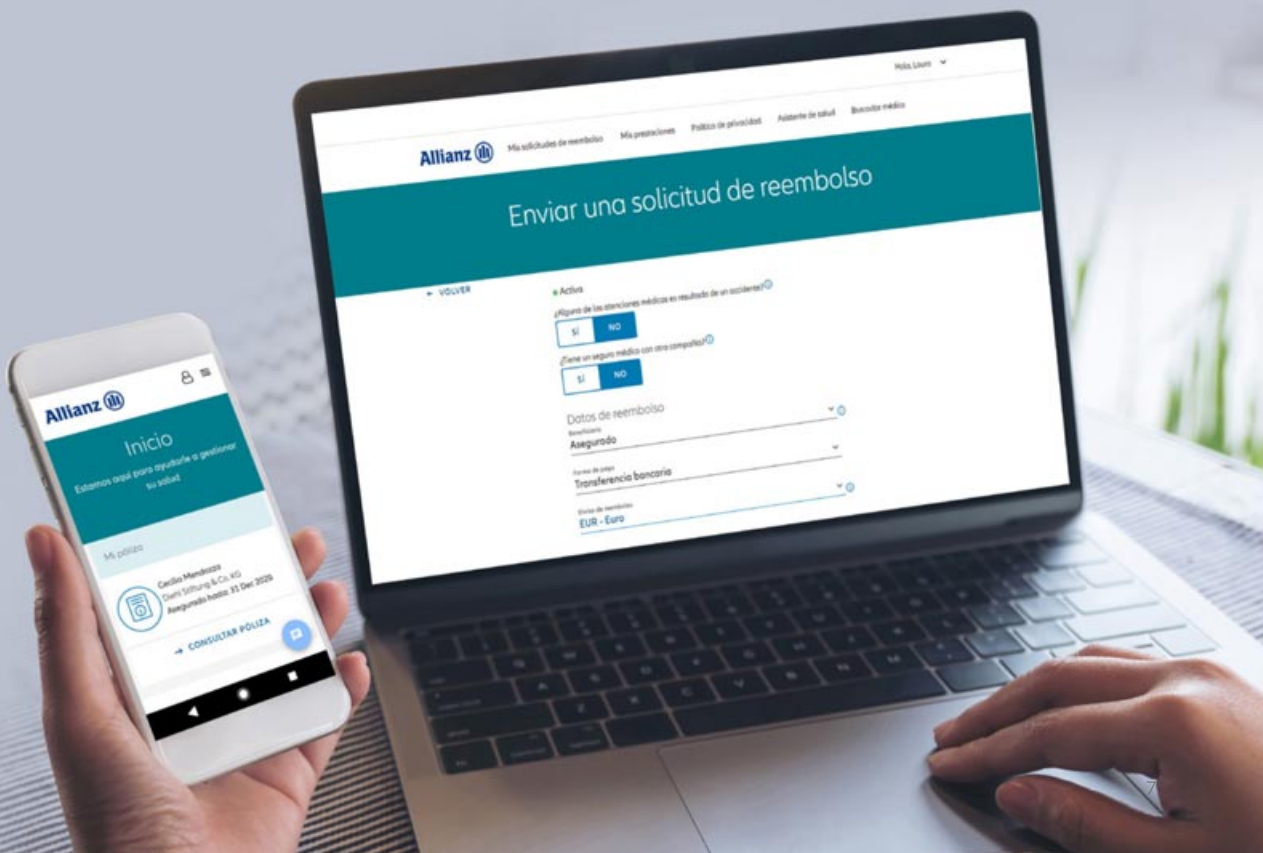
Para empezar:

1. Entra en el portal MyHealth para registrarte. Ve a my.allianzcare.com/myhealth, haz clic en «REGÍSTRATE AQUÍ» al final de la página y sigue las instrucciones. Ten listo tu número de póliza, que encontrarás en tu certificado de seguro.
2. También puedes registrarte en la aplicación MyHealth. Para descargarla, busca «Allianz MyHealth» en Apple App Store o el servicio Google Play de Android.



3. Una vez registrado, puedes usar el correo electrónico (nombre de usuario) y la contraseña que has introducido al registrarte para entrar en el portal online o la aplicación MyHealth. Los mismos datos de acceso sirven para ambos y en el futuro si cambias los datos de acceso en uno, se aplicarán automáticamente al otro. No necesitas cambiarlos en los dos sitios. También ofrecemos una opción de acceso biométrico para la aplicación, por ejemplo Touch ID o Face ID, si tu dispositivo los tiene.

Para más información visita www.allianzcare.com/es/myhealth.html



Servicios web

En www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html puedes hacer todo esto:

- Buscar proveedores médicos. No estás obligado a usar los proveedores listados en nuestro directorio.
- Descargar formularios.
- Acceder a nuestras guías de salud.
- Acceder a nuestro portal «My expat life». Desde planificar un traslado a instalarte en tu nuevo país, encontrarás todo lo que necesitas saber sobre trasladarse al extranjero.

Segunda opinión médica**

Como tu socio en salud, nuestro objetivo es dar tranquilidad. ¿Te han diagnosticado una enfermedad grave o te han recomendado cirugía? ¿Quieres ayuda experta sobre las mejores opciones de tratamiento disponibles y dónde recibir la atención médica más adecuada? Como parte de tu cobertura, tienes acceso a nuestro servicio de segunda opinión médica.

Cuando accedas a este servicio, te asignaremos un gestor dedicado de casos, es decir, un profesional de la salud de nuestro equipo médico para guiarte y asistirte. Tu gestor de caso te pedirá la información necesaria sobre tu caso médico. Entonces te ayudará a encontrar un hospital, un médico o un especialista para la segunda opinión médica y te dará la opinión.

Para acceder a nuestro servicio, ponte en contacto con nosotros:

+ 353 1 630 1304

@ medical.smo@allianz.com

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



1.1.3 Servicios para afiliados incluidos en tu cobertura

Tu póliza no solo cubre tus gastos médicos. También incluye una gama de servicios gratuitos para afiliados en cualquier momento y lugar.



Olive — Programa de apoyo a la salud y al bienestar

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

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



Servicios de videoconsulta a través del portal de telemedicina

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



PAE — Programa de asistencia al expatriado

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

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



Servicios de seguridad en viaje

Acceso las 24 horas a información y consejo sobre seguridad personal para tus viajes, útil mientras el mundo sigue presenciando un aumento en las amenazas a la seguridad. Puedes acceder a lo siguiente:

- **Línea de asistencia para emergencias:** 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.

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



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

***Algunos servicios que pueden incluirse en tu plan los prestan proveedores externos ajenos al Grupo Allianz, como el programa de asistencia al expatriado, los servicios de seguridad en viaje, la aplicación de aptitud física, la segunda opinión médica y los servicios de telemedicina. Si se incluyen en tu plan, estos servicios aparecerán en tu tabla de prestaciones. Estos servicios se ponen a tu disposición sujetos a tu aceptación de las condiciones generales de tu póliza y las condiciones generales de los terceros. Estos servicios pueden estar sujetos a restricciones geográficas. La aplicación de aptitud física no proporciona consejo médico o de salud y los recursos para el bienestar incluidos en Olive tienen únicamente carácter informativo. La aplicación de aptitud física y los recursos para el bienestar incluidos en Olive no deberían considerarse sustitutos del consejo profesional (médico, físico o psicológico). Tampoco son sustitutos del diagnóstico, el tratamiento, la evaluación o la atención que puede que necesites de tu propio médico. Entiendes y aceptas que AWP Health & Life SA sucursal irlandesa o AWP Health & Life Services Limited no son responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño causado directa o indirectamente por tu utilización de estos servicios de terceros.*

Entendiendo cómo funciona tu cobertura

¿Para qué estoy cubierto?

Tú y tus dependientes estáis cubiertos para la atención médicamente necesaria y los 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 también está sujeta a lo siguiente:

- Definiciones y exclusiones de la póliza (incluidas también en este guía).
- Cualquier condición especial indicada en tu certificado de seguro (y en la carta de condiciones especiales emitida antes del comienzo de la póliza, si las hay).
- Cualquier cláusula adicional, estas condiciones generales y cualquier otro requisito legal.
- **Que los 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 un reembolso inadecuado, nos reservamos el derecho a rechazar o reducir la cantidad que pagamos.
- Condiciones acordadas para enfermedades preexistentes: La cobertura para enfermedades preexistentes (incluidas las enfermedades crónicas preexistentes) depende de las condiciones de evaluación médica que hayas aceptado.
 - Para las pólizas que hayan tenido evaluación médica completa, las enfermedades preexistentes generalmente están cubiertas a menos que digamos lo contrario en tus documentos de póliza.
 - Para las pólizas con moratoria, las enfermedades preexistentes sólo son aptas para cobertura una vez que hayas completado un período continuo de 24 meses tras tu fecha de inicio y no hayas tenido síntomas, necesitado o recibido atención médica, medicamentos, una dieta especial o consejo médico, o hayas tenido cualquier otra indicación de la enfermedad durante ese tiempo.

¿Dónde puedo recibir atención médica?

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

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

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 año de seguro.

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 \$/3.900 CHF).

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

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

Límites de prestación relacionados con la maternidad

Las prestaciones «Embarazo y parto» y «Complicaciones durante el embarazo y el parto» se pagan o «por embarazo» o «por año». Tu tabla de prestaciones lo confirmará.

Si tus prestaciones de maternidad se pagan «por embarazo»

Cuando un embarazo abarca dos años de seguro y el límite de la prestación cambia al renovar la póliza, se aplican las siguientes normas:

- En el primer año, los límites de prestación se aplican a todos los gastos aptos.
- En el segundo año, los límites de prestación actualizados se aplican a todos los gastos aptos ocasionados en el segundo año, menos la cantidad total de prestación ya reembolsada en el primer año.
- Si el límite de prestación disminuye en el segundo año y ya hemos pagado o excedido esta nueva cantidad con los gastos aptos ocasionados el primer año, no pagaremos ninguna cantidad adicional el segundo año.

Límite para bebés nacidos de partos múltiples, nacidos por subrogación, adoptados o acogidos

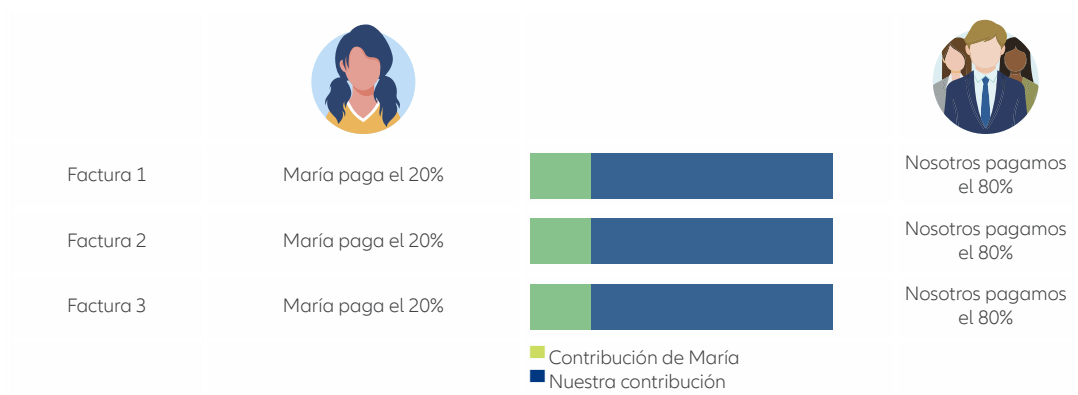
Hay un límite para la atención hospitalaria recibida en los tres primeros meses tras el nacimiento en estos casos:

- Si el bebé ha nacido por subrogación
- Si el bebé es adoptado
- Si el bebé es de acogida
- Si el bebé ha nacido en un parto múltiple consecuencia de reproducción asistida

Este límite es 24.900 £/30.000 €/40.500 \$/39.000 CHF por niño. La atención ambulatoria se paga según las condiciones del plan ambulatorio.

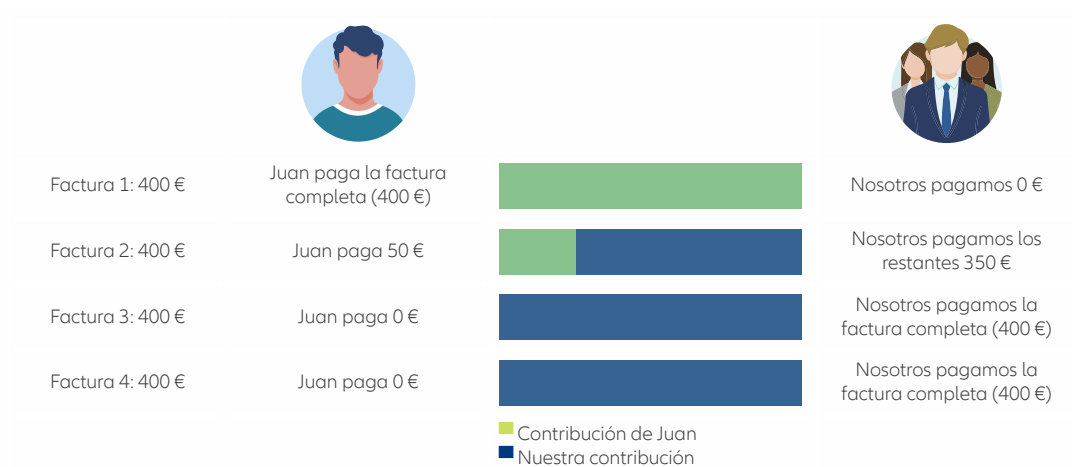
¿Qué son los copagos?

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 atención dental tiene un 20% de copago, lo que significa que nosotros pagaremos el 80% del coste de cada tratamiento apto. La cantidad total reembolsable por nosotros puede estar sujeta al límite máximo del plan.



¿Qué son las franquicias?

Una franquicia (también conocida en los seguros médicos como un «deducible») es una cantidad fija que debes pagar de tus facturas médicas por periodo de cobertura antes de que nosotros empecemos a contribuir. Tu tabla de prestaciones indicará si esto se aplica a tu plan. En el siguiente ejemplo, Juan necesita recibir atención médica a lo largo del año. Su plan incluye una franquicia de 450 €.



¿Necesitas atención médica?

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

Comprueba tu nivel de cobertura

Primero, comprueba que tu plan cubre la atención que 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.

Algunos tipos de atención médica necesitan nuestra preautorización

Tu tabla de prestaciones indicará qué tipos de atención médica 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 hospital antes de tu llegada y a hacer el pago directo al hospital más fácil, cuando sea posible.

A menos que lo acordemos de otro modo, si haces una solicitud de reembolso sin obtener nuestra preautorización, se aplicará lo siguiente:

- Si posteriormente se demuestra que la atención recibida no era médicamente necesaria, **nos reservamos el derecho a rechazar tu reembolso.**
- Si posteriormente se demuestra que la atención recibida era médicamente necesaria, pagaremos el **80%** de las prestaciones hospitalarias y el **50%** de otras prestaciones.

Si asistes a un hospital, clínica u otro centro médico en nuestra red médica con pago directo y después determinamos que tu reembolso no es apto, tenemos derecho a recuperar de ti la cantidad total del reembolso. Si pagamos un reembolso, ello no indica nuestra aceptación de responsabilidad por el siniestro ni confirmación de que pagaremos más costes por la misma enfermedad o enfermedades relacionadas.

Si determinamos que un siniestro que ya hemos aprobado no es apto, no pagaremos el reembolso. Si ya hemos pagado algún coste, tendrás que pagárnoslo en un plazo de 14 días o podríamos retirar cualquier preautorización asociada, cancelar tu plan y retener la prima. Si deseas que reevaluemos un reembolso que hemos rechazado, tendrás que demostrar que el siniestro está cubierto por el plan.

Atención hospitalaria (se aplica la preautorización)



Descarga un formulario de preautorización de nuestra página web:
www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html



Completa el formulario y envíanoslo al menos **cinco días laborables** antes de la atención médica.

Puedes enviarlo por correo electrónico o postal a la dirección indicada en el formulario.



Nosotros contactamos con el hospital para organizar el pago directo, cuando es posible.



En caso de emergencia

Recibe la atención médica de emergencia que necesitas y llama a la línea de asistencia si necesitas ayuda.

Si te hospitalizan, tú, tu médico, uno de tus dependientes o 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 la preautorización al teléfono cuando nos llames.

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



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

Si la atención que necesitas no requiere nuestra preautorización, simplemente puedes pagar la factura y solicitarnos el reembolso de los gastos. En este caso, sigue estos pasos:



Recibe la atención médica y paga al proveedor.



Obtén una factura de tu proveedor médico. La factura debe indicar tu nombre, la fecha del servicio, el diagnóstico o la enfermedad tratada, la fecha en la que se han manifestado los síntomas, el tipo de atención recibida y el coste facturado.



Solicita el reembolso de los gastos con la aplicación o el portal MyHealth (www.allianzcare.com/es/myhealth.html).

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



Evacuaciones y repatriaciones

A la primera señal de que necesitas una evacuación o repatriación médica, llama a la línea de asistencia 24 horas y nosotros nos ocuparemos. 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 proveedores, 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



Atención médica en los EE.UU.

Si tienes cobertura mundial, te ofrecemos acceso sencillo a la atención médica en los EE.UU., a través de nuestro administrador local, apoyando tu acceso a proveedores médicos en el país.

Para acceder a la atención médica en los EE.UU., simplemente muestra tu tarjeta de afiliación; tu proveedor médico se pondrá en contacto con nuestro administrador para ocuparse de cualquier papeleo relacionado con tu atención médica. Pagaremos el coste de tu atención médica directamente a tu proveedor médico, si procede; si eres responsable de alguna parte de los costes, tu proveedor te avisará.

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 enviarnos todas las solicitudes de reembolso (con la aplicación o portal online MyHealth) no más tarde de seis meses tras la finalización del año de seguro. Si la cobertura se cancela durante el año de seguro, debes presentar tu solicitud no más tarde de seis meses tras la fecha en que termina la cobertura. Después de este periodo, no estamos obligados a tramitar el reembolso.
- **Envío de solicitudes de reembolso.** Debes solicitar un reembolso separado para cada persona y para cada enfermedad.
- **Documentos de referencia.** Cuando nos envíes copias de documentos (facturas, recibos, etc.), asegúrate de que guardas los originales. Tenemos derecho a pedirte los originales de los documentos y facturas por razones de auditoría hasta 12 meses tras completar tu reembolso. También podríamos pedirte un justificante de pago (extracto del banco o de tarjeta) de las facturas médicas que has pagado. Te recomendamos que guardes copias de toda la correspondencia con nosotros ya que no podemos hacernos responsables de la correspondencia que no nos llega por motivos fuera de nuestro control.
- **Franquicias.** Si la cantidad que solicitas es menos que la franquicia de tu plan, puedes hacer una de estas cosas:
 - Guarda todas las facturas ambulatorias hasta que alcances una cantidad que exceda la franquicia.
 - Envíanos una solicitud cada vez que recibas atención médica. Una vez que alcances la franquicia empezaremos a reembolsarte.

Incluye todos los recibos y facturas en tu solicitud.

- **Divisa.** Especifica la divisa en la que quieres que te paguemos. En raras ocasiones podríamos no poder pagar en esa divisa debido a las regulaciones bancarias internacionales. Si esto ocurre identificaremos una divisa alternativa apropiada. Si tenemos que convertir de una divisa a otra, usaremos el tipo de cambio en vigencia en la fecha de emisión de las facturas o en la fecha en que te pagamos el reembolso.

Nos reservamos el derecho a elegir cuál de los tipos de cambio aplicar.

- **Reembolso.** Sólo reembolsaremos (dentro del límite de tu póliza) los costes aptos tras considerar cualquier preautorización, franquicia o copago descritos en la tabla de prestaciones.

- **Costes razonables y habituales.** Sólo reembolsaremos los cargos que sean razonables y habituales según los procedimientos médicos estándar y generalmente aceptados. Si consideramos un reembolso inadecuado, nos reservamos el derecho a rechazar tu reembolso o reducir la cantidad que pagamos.
- **Depósitos.** Si tienes que pagar un depósito antes de recibir la atención médica, reembolsaremos este coste solamente después de que la atención médica se haya terminado.
- **Dar información.** 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.

Solicitud de indemnización por muerte accidental

Si la prestación «Indemnización por muerte accidental» se incluye en tu plan médico, debemos recibir la solicitud en un plazo de 90 días tras la fecha de la muerte del asegurado.

Envíanos lo siguiente:

- Formulario de solicitud de pago de prestación del seguro de vida y muerte accidental totalmente cumplimentado.
- Certificado de defunción.
- Certificado médico que especifique las causas de la muerte.
- Informe escrito que especifique la fecha, el lugar y las circunstancias del accidente.
- Documentación oficial que demuestre el estado civil del asegurado (si estaba casado o tenía hijos).
- Para los beneficiarios, prueba de identidad y prueba de su relación con el asegurado.

Salvo cuando el asegurado lo especifique de otro modo, los beneficiarios son:

- El cónyuge o pareja del asegurado, si no está legalmente separado.
- Si no hay cónyuge, los hijos vivos del asegurado, incluyendo hijastros, hijos adoptivos o acogidos, y aquellos nacidos en un plazo menor de 300 días tras la fecha de la muerte del asegurado, a partes iguales entre ellos.
- Si no hay hijos, el padre y la madre del asegurado, a partes iguales entre ellos, o el que sobreviva si uno de los dos ha muerto.
- Si no existe ninguno de los anteriores, los herederos legales del asegurado.

Si deseas designar un beneficiario distinto de los anteriores, ponte en contacto con nuestra línea de asistencia.

Si el asegurado y uno o todos los beneficiarios mueren en el mismo suceso, el asegurado se consideraría el último en fallecer.

Atención médica necesaria por culpa de terceros

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

Condiciones generales de tu cobertura



Condiciones generales

Esta sección describe las prestaciones estándar y las normas de tu póliza de salud. 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 lo siguiente.

- La **guía de prestaciones** (este documento). Explica las prestaciones estándar y las normas de tu póliza de seguro médico. Debes leerla junto a tu certificado de seguro y a tu tabla de prestaciones.
- El **certificado de seguro**. Indica los planes elegidos, la fecha de comienzo y renovación de la póliza, las fechas de comienzo de la cobertura para cualquier dependiente incluido en el contrato, y el área geográfica de cobertura seleccionada. Si se aplican otras condiciones específicas a tu cobertura, éstas 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. Te enviaremos un nuevo certificado de seguro si solicita algún cambio que aceptemos, como añadir dependientes; o si aplicamos 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 te 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 inicial, las primas subsiguientes deben pagarse en el plazo establecido.

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 estudian a tiempo completo. En ese momento pueden solicitar su propia cobertura con uno de nuestros planes médicos para particulares y familias.

Añadir dependientes

¿Vas a casarte o a tener un bebé? ¡Enhorabuena!

Puedes pedir que se añada algún miembro de tu familia como dependiente. El proceso es diferente dependiendo del tipo de póliza que tengas:

- Pólizas con evaluación médica completa
- Pólizas con moratoria
- Pólizas con CTT/CPME (anteriormente FMU)
- Pólizas con CTT/CPME (anteriormente MORI)

Tu certificado de seguro indicará qué tipo de póliza tienes; además, puedes encontrar definiciones de los anteriores tipos de pólizas en la sección «Definiciones» de esta guía.

Para añadir un dependiente, simplemente sigue el proceso descrito a continuación para tu tipo de póliza. Además, si el dependiente que quieres añadir es un recién nacido, consulta la sección «Límites hospitalarios para dependientes recién nacidos».

Pólizas con evaluación médica completa Y pólizas con CTT/CPME (anteriormente FMU)

Puedes pedir que se añada a cualquier miembro de tu familia en la póliza cumplimentando el formulario de afiliación pertinente. Tus dependientes estarán sujetos a evaluación médica y, si se aceptan, la cobertura empezará en la fecha de aceptación.

Pero si el dependiente que quieres añadir es un recién nacido, sigue estas directrices.

¿Cómo añadir un recién nacido a mi póliza?

Escribe a underwriting@e.allianz.com en un plazo de cuatro semanas tras el nacimiento e incluye el certificado de nacimiento. Con la excepción de los bebés nacidos en partos múltiples, aceptaremos al bebé sin evaluación médica si uno de los padres biológicos o comitentes (en el caso de subrogación) ha estado asegurado con nosotros un mínimo de ocho meses seguidos. La cobertura empezará desde el nacimiento.

¿Qué pasa si añado bebés nacidos de partos múltiples?

Los bebés de partos múltiples tendrán evaluación médica y si se acepta, la cobertura empezará en la fecha de aceptación.

¿Qué pasa si añado bebés nacidos de partos múltiples?

Los bebés de partos múltiples tendrán evaluación médica y si se acepta, la cobertura empezará en la fecha de aceptación.

Pólizas con moratoria Y pólizas con CTT/CPME (anteriormente MORI)

Puedes pedir que se añada un miembro de tu familia en la póliza cumplimentando el formulario de afiliación pertinente. Si se acepta, se aplicará una nueva moratoria para ese dependiente y la cobertura comenzará a partir de la fecha en la que nos lo notifiques o de una fecha posterior que puedas solicitar.

Pero si el dependiente que quieres añadir es un recién nacido, sigue estas directrices.

¿Cómo añadir un recién nacido a mi póliza?

Envía un correo electrónico a underwriting@e.allianz.com en un plazo de cuatro semanas tras el nacimiento y adjunta el certificado de nacimiento. Con la excepción de los bebés nacidos en partos múltiples, aceptaremos al bebé sin moratoria si uno de los padres biológicos o comitentes (en el caso de subrogación) ha estado asegurado con nosotros un mínimo de ocho meses seguidos. La cobertura empezará desde el nacimiento.

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

Puedes pedir que se añada el recién nacido a tu póliza cumplimentando el formulario de afiliación pertinente. Si se acepta, se aplicará una nueva moratoria para ese dependiente y la cobertura comenzará a partir de la fecha en que acordemos añadirle.

¿Qué pasa si añado bebés nacidos de partos múltiples?

Puedes pedir que se añadan bebés de partos múltiples a la póliza cumplimentando el formulario de afiliación pertinente. Revisaremos el formulario y, si se acepta, confirmaremos la fecha en la que acordamos añadir al bebé y se le aplicará una nueva moratoria.

Límites hospitalarios para dependientes recién nacidos

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

- Si el niño ha nacido por subrogación
- Si el niño es adoptado
- Si el niño es de acogida
- Si el niño ha nacido en un parto múltiple consecuencia de reproducción asistida

Este límite es 24.900 £/30.000 €/40.500 \$/39.000 CHF por niño y se aplica antes de cualquier otra prestación de tu plan. La atención ambulatoria se paga según las condiciones del plan ambulatorio.

Cambio de titular de la póliza

Si en la renovación nos pides cambiar el titular de la póliza, el nuevo titular propuesto debe cumplimentar el formulario de afiliación y se aplicará una evaluación médica completa. Consulta la sección «Muerte del titular de la póliza o de un dependiente» si el cambio solicitado se debe a la muerte del titular de la póliza.

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, te rogamos que nos informéis por escrito en un plazo de 28 días.

Si el titular de la póliza muere, finalizará la póliza 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 el 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 aplicara 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 el reembolso.

Cambiar tu nivel de cobertura

Si quieres cambiar tu nivel de cobertura, ponte en contacto con nosotros antes de la fecha de renovación para hablar de tus opciones. La cobertura puede cambiarse solamente cuando se renueve la póliza. Si deseas mejorar el nivel de tu cobertura, podríamos pedirte que completes un cuestionario de historial médico o que aceptes ciertas exclusiones o restricciones de cualquier cobertura adicional antes de aceptar tu solicitud. Si la solicitud se acepta, podría aplicarse un aumento de la prima y podrían introducirse plazos de carencia para ciertas prestaciones.

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:

@ underwriting@e.allianz.com

En algunos países, la cobertura está sujeta a restricciones legales locales relativas al seguro médico, especialmente para los residentes en ese país. Es tu responsabilidad asegurarte de que tu cobertura médica es legalmente apropiada. Si tienes dudas, consulta con un asesor jurídico independiente, ya que podría ser imposible seguir cubriéndote. Nuestra cobertura no sustituye a ningún seguro médico obligatorio local.

Cambiar tu dirección postal o correo electrónico

Te enviaremos toda la correspondencia a la dirección que tengamos registrada a menos que solicites lo contrario. Debes avisarnos por escrito lo antes posible de cualquier cambio en la dirección de tu domicilio, lugar de trabajo o correo electrónico.

Correspondencia

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

Renovar tu cobertura

Sujeto a las «Razones por las que tu afiliación terminaría», tu póliza se renovará automáticamente al final de cada año de seguro, si se cumplen estas condiciones:

- El plan o combinación de planes seleccionados sigue estando disponible
- Podemos seguir prestando cobertura en tu país de residencia
- Los datos de pago que tenemos registrados siguen siendo válidos en la fecha de renovación.
Avísanos si cambias tu tarjeta de pago o tu cuenta bancaria.

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

Cambios que podríamos aplicar en la renovación

Tenemos derecho a revisar las condiciones generales de la póliza con efecto a partir de la fecha de renovación. Las condiciones generales de la póliza y la tabla de prestaciones existentes en la fecha de renovación se aplicarán para todo el año de seguro. Podríamos cambiar la prima, las prestaciones y a las condiciones de la afiliación en el momento de renovar tu póliza, incluyendo el cálculo para determinar las primas o la forma y frecuencia de pago. Estos cambios sólo se aplicarán a partir de tu fecha de renovación, independientemente de cuándo se haga el cambio y no añadiremos ninguna restricción ni exclusión que sea personal a la cobertura de un asegurado en relación con las enfermedades que han empezado después de la creación de su póliza, siempre que nos haya dado toda la información solicitada antes de activar la póliza y que no haya solicitado un aumento en su nivel de cobertura.

Te escribiremos para informarte de cualquier cambio. Si no aceptas alguno de los cambios que hagamos, puedes terminar tu afiliación y consideraremos los cambios como si no se hubieran hecho si terminas tu afiliación en un plazo de 30 días tras la fecha en la que entran en vigencia los cambios, o de 30 días tras la fecha en que te informamos de los cambios, cualquiera que sea posterior.

Tu derecho a cancelar

Puedes cancelar el contrato para todas las personas aseguradas o solamente para uno o más dependientes en un plazo de 30 días tras la fecha en la que recibes la documentación con las condiciones generales de tu póliza, o tras la fecha de inicio/renovación de la póliza, cualquiera que sea posterior. No puedes antedatar la cancelación de tu afiliación.

Si quieres cancelarlo, completa el formulario "Tu derecho a cambiar de idea" que se incluyó en tu paquete de bienvenida/renovación. Puedes enviarnos este formulario por correo electrónico.

@ underwriting@e.allianz.com

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

Si cancelas tu contrato en este plazo de 30, tendrás derecho a un reembolso total de las primas de los afiliados cancelados para el nuevo año de seguro, siempre que no se hayan hecho solicitudes de reembolso. Si decides no cancelar (ni modificar) tu póliza en este plazo de 30 días, el contrato de seguro será vinculante para ambas partes y deberá pagarse la prima completa del año de seguro seleccionado, según la frecuencia de pago que hayas seleccionado.

Razones por las que tu afiliación terminaría

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

- Si no pagas alguna de tus primas en el plazo establecido ni antes. Sin embargo, podemos permitir que continúe tu afiliación sin tener que completar un formulario de confirmación de estado de salud si pagas las primas pendientes en un plazo de 30 días tras la finalización del plazo de pago.
- 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 decides cancelar tu póliza, después de avisarnos por escrito en un plazo de 30 días tras recibir las condiciones generales completas o tras la fecha de inicio/renovación de tu póliza, cualquiera que sea posterior. Consulta la sección «Tu derecho a cancelar».

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 correspondientes a cada año de seguro se basan en la edad que cada asegurado tiene en la fecha de comienzo del año de seguro, en el área de cobertura, en el país de residencia del asegurado principal, en la tarifa de primas vigente y en otros factores de riesgo que pueden afectar materialmente 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. Debes pagar por adelantado para la duración de tu cobertura. Tienes que pagar la **prima inicial** o primera cuota inmediatamente después de que aceptemos tu afiliación. El pago de las **primas subsiguientes** vence el primer día del periodo elegido para el pago. Puedes elegir entre pagos mensuales, trimestrales, semestrales o anuales, dependiendo de la forma de pago seleccionada. 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 nos hacemos responsables de 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**

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

Si la prima inicial no se paga 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 de la cobertura, del inicio de la póliza o de la ejecución del contrato. Si no se paga alguna de las primas subsiguientes en el plazo, podríamos establecer, por escrito y a tu cargo, un límite de tiempo no inferior a dos semanas para que pagues la cantidad pendiente. Después de ese plazo, podríamos rescindir el contrato por escrito con efecto inmediato, quedando exento de reembolsos.

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 cargos

Si se aplica, también podrías tener que pagar los siguientes impuestos además de la prima

- Impuesto sobre la prima del seguro (IPS)
- IVA
- Otros impuestos o cargos relacionados con tu cobertura que tenemos que pagar o cobrarte por ley

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

En algunos países podrías estar obligado a aplicar un impuesto de retención. Si es tu caso, es tu responsabilidad calcularlo y pagar esta cantidad a las autoridades competentes además de pagarnos la prima 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 tribunales de tu país de residencia, salvo cuando la ley lo disponga de otro modo.
- Si vives fuera del Espacio Económico Europeo: Tu póliza está sujeta a las leyes y tribunales de Irlanda, salvo cuando 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 o negocio subyacente o no nos expone a:

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

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

Las cantidades que pagamos: nuestra responsabilidad hacia ti está limitada a las cantidades indicadas en la tabla de prestaciones y otras cláusulas adicionales de la póliza. La cantidad reembolsada, bajo esta póliza o bajo cualquier otro seguro público o privado, no puede ser superior a la cantidad de la factura.

Quién puede hacer cambios en tu póliza: nadie, excepto un representante nombrado por ti, puede hacer cambios en tu póliza en tu nombre. Los cambios sólo son válidos cuando nosotros los confirmamos por escrito.

Cuando la cobertura la proporciona otra persona: podemos rechazar una solicitud de reembolso si tú o cualquiera de tus dependientes sois aptos para solicitar prestaciones 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, 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.

- La información que tú y tus dependientes nos dais, por ejemplo en el formulario de afiliación o documentos de referencia, debe ser precisa y completa. Si no es correcta o no nos informas sobre cosas que podrían 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 estarán cubiertas. Si no estás seguro de que cierta información sea importante para la evaluación, llámanos y podremos aclararlo. Para las **pólizas con moratoria**, la cobertura de la moratoria seguirá aplicándose incluso si nos informas sobre alguna enfermedad preexistente que puedas tener. Podemos aplicar nuevas condiciones al plan, anularlo o cancelarlo o reducir o rechazar cualquier reembolso relacionado, en base a tus nuevos hechos sustanciales.

Si el contrato queda anulado por haber declarado información incorrecta o por no haber declarado algún hecho sustancial, devolveremos la prima pagada hasta la fecha menos el coste de cualquier reembolso médico ya pagado. Si la cantidad de los gastos médicos es superior a la prima, el afiliado principal deberá reembolsarnos el exceso.

- 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 usáis 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 pagada no se reembolsará ni parcial ni totalmente, y cualquier solicitud de reembolso pendiente quedará rechazada. En caso de solicitudes de reembolso fraudulentas, la póliza se cancelará a partir de la fecha en que se descubra el fraude.

Cancelación. Cancelaremos la póliza si no has pagado la prima completa en el plazo establecido. Te informaremos de esta cancelación y el contrato se considerará cancelado a partir de la fecha en la que vence el plazo de pago de tu prima. Sin embargo, si la prima se paga antes de 30 días tras la fecha de vencimiento del pago, la cobertura se reintegrará y cubriremos los gastos médicos ocasionados durante el periodo de demora del pago. Si la prima pendiente se paga después de 30 días tras la fecha de vencimiento del pago, deberás cumplimentar un formulario de confirmación de estado de salud antes de que tu póliza sea reactivada, y la reactivación estará sujeta 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 contactarte 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

También puedes llamarnos para solicitar una copia en papel.


 +353 1 630 1304

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


 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Quejas y procedimiento de resolución de disputas

Para cualquier comentario o queja, el primer punto de contacto es nuestra línea de asistencia. Si no podemos resolver el problema al teléfono, por favor escríbenos:

 +353 1 630 1304

 client.services@e.allianz.com

 Departamento de Defensa del Cliente (Customer Advocacy Team), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

Tu queja será tratada siguiendo nuestro protocolo interno para la gestión de quejas.

Para más detalles visita:

 www.allianzcare.com/complaints-procedure

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 divergentes sobre una patología o consecuencia de un accidente tiene que notificársenos 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:

- surja o esté relacionada con este contrato (o con su incumplimiento, terminación, interrupción o invalidez) sobre un valor que exceda los 500.000 €; o
- se refiera a la mediación según lo establecido en la cláusula 2 y no haya sido resuelta voluntariamente por mediación en un plazo de tres meses tras la fecha del aviso (ADR);

se resolverá exclusivamente en los tribunales en el país de la legislación aplicable y las dos partes deberán someterse a su jurisdicción exclusiva. Cualquier procedimiento iniciado de conformidad con lo establecido en esta cláusula «c» 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 2 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 incluida aquí, la definición aparecerá en la sección «Notas» al final de tu tabla de prestaciones. Cuando estos términos se mencionen en los documentos de tu póliza, siempre tendrán los siguientes significados:

A

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 que es necesario en caso de emergencia o necesidad médica, hasta el hospital o centro médico autorizado y apropiado más cercano.

Año de seguro

Período que empieza en la fecha en que entra en vigencia tu póliza, tal como se indica en el certificado de seguro, y que termina exactamente un año después.

Antecedentes familiares

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

Antecedentes familiares directos

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

Aplicación de salud digital

Contribución a una aplicación de salud digital de tu elección por año de seguro. La aplicación debe asistir con la prevención, la detección o la gestión de una enfermedad como dolor lumbar, diabetes o problemas de salud mental. Se cubre cuando el asegurado es el suscriptor de la aplicación y está cubierto con una póliza válida en el momento de la compra. Cuando solicites el reembolso adjunta un recibo con la fecha.

Asegurado

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

Asistencia posnatal

Atención médica rutinaria que recibe la madre hasta seis semanas después del parto.

Asistencia prenatal

Consultas y pruebas comunes de detección y seguimiento necesarias durante el embarazo. Para mujeres de 35 años o más, incluye pruebas de triple screening o cribado, cuádruple y de espina bífida, amniocentesis y pruebas de ADN si están directamente relacionadas con una amniocentesis apta.

Atención ambulatoria

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

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

Atención del recién nacido

Las siguientes pruebas esenciales, procedimientos de diagnóstico y atención médica necesarios tras el nacimiento:

- Pruebas rutinarias necesarias para evaluar la integridad física, las funciones básicas de los órganos y la estructura ósea del recién nacido.
- Una prueba de audición.
- Pruebas de fenilcetonuria (PKU), hipotiroidismo congénito y G6PD.
- Vitamina K y vacunas de la hepatitis B y la tuberculosis (BCG).

La cobertura no incluye pruebas diagnósticas adicionales, como el análisis de muestras o la determinación del grupo sanguíneo. Sin embargo, si por razones médicas el niño necesita pruebas y tratamiento adicionales, éstos se cubren en la póliza del recién nacido (si se ha añadido como dependiente). Para niños nacidos de partos múltiples como consecuencia de reproducción asistida, todos los bebés nacidos por subrogación y niños adoptados y acogidos, la atención hospitalaria tiene un límite de 24.900 £/30.000 €/40.500 \$/39.000 CHF por niño durante los tres primeros meses tras su nacimiento. Este límite se aplica antes que cualquier otra prestación de tu plan. La atención ambulatoria se paga según las condiciones del plan ambulatorio.

Atención dental

Una revisión dental anual, empastes simples para el tratamiento de la caries, tratamiento del conducto radicular (endodoncia) y medicamentos dentales recetados.

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 «Atención dental ambulatoria de emergencia». En ese caso, se aplicarán las condiciones del plan dental.

Atención dental hospitalaria de emergencia

Atención dental aguda de emergencia para el alivio del dolor, que se debe a un accidente grave y requiere ingreso hospitalario. La atención debe recibirse en las primeras 24 horas tras el incidente que ha causado la emergencia. La cobertura no incluye atención dental rutinaria, cirugía dental, prótesis dentales, ortodoncia o periodoncia. Si se presta cobertura para estos tipos de atención, en la tabla de prestaciones aparecerá una prestación específica para ellos.

Atención hospitalaria

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

Atención médica/Tratamiento

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

Atención médica de emergencia fuera del área de cobertura

Atención médica para emergencias que ocurran durante un viaje de trabajo o de vacaciones fuera de tu área de cobertura. La cobertura está limitada a seis semanas por viaje dentro del límite de la prestación. Incluye la atención necesaria debido a un accidente o a la aparición o empeoramiento repentinos de una enfermedad grave que representa una amenaza inmediata para tu salud. La atención, prestada por un médico, debe empezar en las primeras 24 horas tras el incidente que causó la emergencia. No se cubre atención curativa o de rutina que no sea de emergencia, incluso si se te considera imposibilitado para viajar a un país de tu área geográfica de cobertura. Tampoco se cubren cargos relacionados con la maternidad, el embarazo, el parto o complicaciones del embarazo o del parto. Debes informarnos si vas a viajar fuera de tu área de cobertura durante más de seis semanas.

Atención poshospitalaria

Atención ambulatoria cubierta en los 90 días siguientes al alta de la atención hospitalaria o en hospital de día para la misma enfermedad aguda. Esta prestación cubre honorarios de los médicos, honorarios de los especialistas, cirugía ambulatoria, medicamentos y apósitos recetados, resonancias magnéticas, TAC y PET, radiografías, patología y otras pruebas y procedimientos diagnósticos.



Certificado de seguro

Documento que emitimos y que indica los detalles tu cobertura. Confirma la existencia de un contrato de seguro entre tú y nosotros.

Cirugía ambulatoria

Intervención quirúrgica practicada en la consulta de un médico, hospital, clínica o ambulatorio que no requiere que permanezcas en el centro médico durante la noche por necesidad médica.

Cirugía dental

Extracciones quirúrgicas de piezas dentales, así como otros procedimientos quirúrgicos dentales relacionados con las piezas dentales, como la apicectomía y los medicamentos dentales recetados. Todas las pruebas e investigaciones que determinan la necesidad de cirugía dental, como pruebas de laboratorio, radiografías, TAC y resonancias magnéticas, están incluidas en esta prestación. La cirugía dental no cubre ningún procedimiento quirúrgico que esté relacionado con implantes dentales.

Cirugía ocular con láser

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

Cirugía preventiva

Mastectomía profiláctica u ooforectomía profiláctica. Cubriremos la cirugía preventiva cuando se cumplen estas dos condiciones:

- Tienes antecedentes familiares directos en tu historial clínico de una enfermedad que es parte del síndrome de cáncer hereditario, por ejemplo cáncer de mama o cáncer ovárico; y
- Las pruebas genéticas han confirmado la presencia del síndrome de cáncer hereditario.

Complicaciones del parto

Costes médicamente necesarios debido a complicaciones en el parto. Si tu plan también incluye las prestaciones «Embarazo y parto» o «Parto natural y atención del recién nacido», entonces «Complicaciones del parto» incluye las cesáreas médicamente necesarias.

Complicaciones durante el embarazo

Se refiere a la salud de la madre. Solamente están cubiertas las siguientes complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y antes del parto: embarazo ectópico, diabetes gestacional, preeclampsia, aborto natural, amenazas de aborto, muerte del embrión o feto y mola hidatidiforme.

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.

Consulta de lactancia

Contribución al coste de una consulta con un especialista en lactancia cualificado. Cuando solicites el reembolso adjunta una factura del proveedor con la fecha. Esta prestación se paga a madres aseguradas que usen el servicio.

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 año de seguro. Los servicios de vídeoconsulta no están sujetos a copago cuando se accede a través del portal de telemedicina.

CPME/CTT

Exclusiones médicas personales continuas y para condiciones de traspaso continuo. Estos acrónimos se refieren a la continuación de las mismas condiciones de evaluación médica, incluyendo cualquier exclusión o recargo especial, que se aplicó con tu aseguradora anterior. No estarás sujeto a ninguna nueva condición personal de evaluación. La cobertura seguirá rigiéndose según las prestaciones y las condiciones generales del plan con

nosotros. Las condiciones de evaluación con nosotros pueden ser CPME/CTT, anteriormente MORI; o CPME/CTT, anteriormente FMU. Para más información, consulta las definiciones «CPME/CTT, anteriormente MORI» y «CPME/CTT, anteriormente FMU».

CPME/CTT, anteriormente FMU

Continuación de tus condiciones completas de evaluación médica que tenías con una aseguradora anterior. La cobertura seguirá rigiéndose según las prestaciones y las condiciones generales del plan con nosotros.

CPME/CTT, anteriormente MORI

Continuación de la fecha de inicio de tu moratoria si tenías condiciones de evaluación con moratoria con una aseguradora anterior. La cobertura seguirá rigiéndose según las prestaciones y las condiciones generales del plan con nosotros.

Cuidados a largo plazo

Cuidados durante un período prolongado de tiempo una vez completado el tratamiento agudo o curativo inicial. Esto se da normalmente en el caso de una enfermedad crónica o una incapacidad que requiere cuidados médicos ininterrumpidos/continuos, o bien si las opciones de tratamiento están limitadas al nivel de cuidados existente. Los cuidados a largo plazo se pueden prestar en el domicilio, en un centro comunitario, en un hospital, en un centro de cuidados a largo plazo o en un centro de recuperación.

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

Enfermería recibidos inmediatamente después o en lugar de una hospitalización o tratamiento en hospital de día aptos. Pagaremos la prestación indicada en la tabla de prestaciones si el médico tratante decide que es médicamente necesario que te quedes en un centro de recuperación o que recibas cuidados de enfermería en el domicilio. Esta prestación también necesita estar aprobada por nuestro director médico. Esta prestación no cubre balnearios, centros de cura, complejos de salud, cuidados paliativos ni cuidados a largo plazo.

Cuidados paliativos

Atención continuada necesaria para aliviar el sufrimiento físico/psicológico asociado a una enfermedad progresiva e incurable y para mantener la calidad de vida. Incluye atención hospitalaria, en hospital de día o ambulatoria tras el diagnóstico de una enfermedad terminal. Pagaremos cuidados físicos, atención psicológica, estancia en hospital o residencia para enfermos terminales, cuidados de enfermería y medicamentos con receta.

Curso de primeros auxilios

Contribución a un curso de primeros auxilios para padres asegurados que tienen un hijo asegurado como dependiente. Para ser apto para esta prestación, debes estar cubierto en el momento de hacer el curso. Esta prestación solo está disponible cuando el curso está

impartido por profesionales cualificados y reconocidos. Los padres asegurados pueden pedir esta prestación una vez por año de seguro. Cuando solicites el reembolso adjunta una factura del proveedor con la fecha.

D

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 estudian a tiempo completo.

Detección del cáncer

Revisiones, pruebas y exámenes de salud para la detección precoz de la enfermedad, realizados en intervalos de edad apropiados, sin que haya síntomas clínicos presentes. Para estar cubierto, necesitas recibir los servicios de detección de cáncer en una institución médica con licencia o una institución de pruebas médicas con licencia que siga las directrices internacionales de práctica clínica y esté aceptada por nosotros.

Dispositivos de ayuda médica recetados

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

- Ayudas bioquímicas como bombas de insulina, medidores de glucosa y máquinas de diálisis peritoneal.
- Ayudas motrices como muletas, sillas de ruedas, soportes ortopédicos, miembros artificiales y prótesis.
- Audífonos y dispositivos para el habla como laríngeos electrónicos.
- Medias de compresión médicamente graduadas.
- Ayudas para heridas a largo plazo como vendajes y accesorios de ostomía.

No cubrimos los costes de los dispositivos de ayuda médica que forman parte de cuidados paliativos o cuidados a largo plazo.

E

Educación posnatal

Contribución al coste de educación posnatal recibida en un plazo de 12 meses tras el nacimiento del bebé. Para ser apto para esta prestación debes estar cubierto en el momento en que nace el bebé y en el momento de recibir el servicio. El educador debe estar cualificado y colegiado en el país en el que da el servicio. Cuando solicites el reembolso adjunta una factura del proveedor con la fecha.

Embarazo

Periodo de tiempo en el que esperas un bebé, desde la fecha en que se diagnostica hasta la fecha del parto.

Embarazo y parto

Gastos médicamente necesarios ocasionados durante el embarazo y el parto. Esto incluye los cargos del hospital, los honorarios de especialista, la atención pre y posnatal de la madre, los honorarios de comadrona (durante el parto solamente) y la atención del recién nacido (consulta la definición de «Atención del recién nacido» para ver qué cubrimos en esta prestación y los límites de atención hospitalaria que se aplican a niños adoptados y acogidos y a todos los niños nacidos por subrogación y de partos múltiples consecuencia de reproducción asistida).

Ten en cuenta que las ecografías 3D y 4D están cubiertas hasta el coste de una ecografía 2D solamente.

Las cesáreas que no sean médicamente necesarias están cubiertas hasta el coste de un parto natural en el mismo hospital, sujeto a los límites de la prestación «Embarazo y parto». Las cesáreas médicamente necesarias se pagan en la prestación «Complicaciones del parto».

En caso de parto en el domicilio pagaremos una cantidad fija hasta el importe especificado en la tabla de prestaciones si tu plan incluye la prestación «Parto en el domicilio».

Emergencia

Aparición repentina e imprevista de una enfermedad que exige atención urgente. Solamente la atención médica que empieza en un plazo de 24 horas tras el episodio de emergencia está cubierta.

Enfermedad crónica

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

- Es de naturaleza recurrente
- No tiene una cura conocida generalmente reconocida
- Generalmente no responde 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 en las que se han presentado uno o más síntomas en algún momento de tu vida o la de tus dependientes. Esto se aplica independientemente de que tú o tus dependientes hayáis visto un médico o recibido atención médica. Consideraremos una enfermedad preexistente si podemos asumir razonablemente que tú o tus dependientes teníais conocimiento sobre ella.

Las siguientes condiciones sobre enfermedades preexistentes se aplican si tu certificado de seguro muestra que tus condiciones de evaluación son evaluación médica completa o CPME/CTT, anteriormente FMU:

Tu póliza cubrirá las enfermedades preexistentes, a menos que te digamos lo contrario por escrito.

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

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

Tales enfermedades preexistentes estarán sujetas a evaluación médica y, en caso de no declararse, no se cubrirán. Consulta la sección «Notas» en tu tabla de prestaciones para confirmar si las enfermedades preexistentes están cubiertas bajo tu póliza.

Las siguientes condiciones sobre enfermedades preexistentes se aplican si tu certificado de seguro muestra que tus condiciones de evaluación son con moratoria o CPME/CTT, anteriormente MORI:

Tu reembolso no se pagará si está relacionado con una enfermedad preexistente, si una o más de las siguientes condiciones se han aplicado en el período de 24 meses anteriores a tu fecha de inicio (o la fecha que aparece en tu certificado de seguro):

- Podía preverse razonablemente que la enfermedad ocurriría después de tu fecha de inicio.
- La enfermedad se mostró claramente.
- Tenías signos o síntomas de la enfermedad.
- Pediste consejo sobre la enfermedad.
- Recibiste atención médica para la enfermedad, o
- Hasta donde sabes, eras consciente de que tenías la enfermedad.

Una vez que hayas cumplido un plazo continuo de 24 meses tras tu fecha de inicio, podemos cubrir tu enfermedad preexistente, siempre que no hayas tenido síntomas, ni necesitado o recibido atención médica, medicación, dieta especial o consejo, ni hayas tenido ninguna otra indicación de la enfermedad.

Enfermería infantil a domicilio

Contribución al coste de atención de enfermería en el domicilio para un dependiente asegurado menor de hasta 16 años. Se cubre si el médico tratante decide que el niño necesita recibir atención en el domicilio por razones médicas, tras una hospitalización de cinco días o más. La atención de enfermería debe cumplir estas condiciones:

- Empezar en un plazo de dos semanas tras el alta del hospital
- Haberse completado en un plazo de seis semanas tras el alta
- Estar prestada por un enfermero cualificado, registrado en el país en que se presta

La prestación «Enfermería infantil a domicilio» sólo se aplica cuando tu reembolso no es apto para la prestación «Cuidados de enfermería en el domicilio o en una clínica de recuperación médica» o cuando ya has alcanzado el límite en esta prestación. Cuando solicites el reembolso adjunta una factura del proveedor con la fecha.

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 o ser evacuado por razones médicas al darte el alta después de haber recibido atención hospitalaria, cubriremos los gastos razonables de alojamiento en un hotel 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.

Evaluación de la forma física

Contribución al coste de evaluar el nivel de forma física del asegurado principal y su cónyuge o pareja. Incluye evaluación cardiovascular y de potencia y fuerza de todo el cuerpo. El gasto ocasionado puede incluir una prueba VO₂ máx y un programa prescrito de ejercicio apropiado para ayudar al asegurado a alcanzar sus objetivos y ambiciones. Esta prestación solo está disponible cuando la evaluación se hace bajo la supervisión directa de un médico cualificado en

el país en el que se hace. Para ser apto para esta prestación, debes estar cubierto en el momento de la evaluación. Cuando solicites el reembolso adjunta una factura del proveedor con la fecha.

Evaluación médica completa

Evaluación del riesgo de seguro basada en la información que nos das cuando solicitas la cobertura. Nuestro equipo de evaluaciones utiliza esta información para decidir las condiciones de nuestra oferta.

F

Fisioterapia no prescrita

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

Fisioterapia prescrita

Tratamiento administrado por un fisioterapeuta colegiado tras la derivación de un médico. La fisioterapia (prescrita o una combinación de prescrita y no prescrita) está inicialmente restringida a 12 sesiones por diagnóstico, después de las cuales el médico que te derivó debe revisar el tratamiento. Si necesitas más sesiones, debes enviarnos un nuevo informe de progreso cada 12 sesiones, que indique la necesidad médica de continuar el tratamiento. La fisioterapia no incluye terapias como el Rolfing, los masajes, Pilates, terapia de fango y los «Milta».

Franquicia

También se denomina «deducible» en el seguro de enfermedad. Es la parte del coste que pagas y que deducimos de la cantidad que pagamos.

Cuando hay franquicias, se aplican a todas las prestaciones y se pagan por persona y por año de seguro, salvo cuando tu tabla de prestaciones diga lo contrario.

G

Gafas y lentes de contacto prescritas, incluyendo revisión de la vista

Cobertura para revisión de la vista (una revisión por año de seguro) hecha por un optometrista o un oftalmólogo, y para lentes de contacto y gafas graduadas para corregir la vista.

Gastos de acompañante del 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 no incluye gastos de alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.

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

Gastos de la estancia en el hospital de uno de los padres durante el tiempo en que el menor está hospitalizado para recibir atención médica apta. Si no hay camas 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 desplazamiento

Prestación cubierta sólo en el plan de las Islas del Canal. Pagaremos hasta la cantidad indicada en tu tabla de prestaciones por cada desplazamiento de ida y vuelta si necesitas atención en hospital de día en un centro privado, consultas ambulatorias posoperatorias o atención hospitalaria para las que estés cubierto en tu plan, y tu médico nos ha confirmado por escrito que es médicamente necesario para ti viajar a otra Isla del Canal, al Reino Unido o a Francia para recibir dicha atención. Necesitarás confirmación por escrito del ministerio de salud británico de que no tienes derecho a subsidio de viaje ni de acompañante. Solamente pagaremos los siguientes gastos de desplazamiento en esta prestación:

- Tarifas de avión estándar para ir de una de las Islas del Canal a otra, al Reino Unido o a Francia
- Billetes de tren, metro y autobús estándar
- Un máximo de 22 £/30 € por carrera de taxi
- Gastos de desplazamiento para uno de los padres que acompañe a un paciente menor de 18 años, hasta la cantidad especificada en la tabla de prestaciones
- Si es médicamente necesario, también pagaremos hasta 125 £/150 € por viaje del coste de atención de enfermería necesaria durante el viaje.

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 de primer gradocercano que está en peligro de muerte o que ha muerto (hasta la cantidad especificada en la tabla de prestaciones). EnLa cobertura uncluye un viaje de ida y vuelta por asegurado por año de seguro Si el caso de un familiar fallecidocercano ha muerto, el viaje de los asegurados debe ecomenzar en un plazo de 6seis 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 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 prestación «Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado repatriado» está cubierta si tienes un plan de repatriación. La cobertura no incluye gastos de alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.

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

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

Gastos familiares durante el parto

Contribución para los siguientes costes, cuando viajas para estar con tu pareja mientras está ingresada en el hospital para dar a luz:

- Costes de alojamiento en hotel
- Tus gastos de transporte de tu casa al hospital y de vuelta.
- Los costes de un cuidador profesional para tus hijos mientras visitas a tu pareja en el hospital.
- Gastos de aparcamiento mientras visitas a tu pareja en un centro médico.

La contribución solo puede solicitarse por los gastos ocasionados en los siguientes días:

- El día en que nace tu bebé
- El día antes de que nazca tu bebé
- El día después de que nazca tu bebé

Para ser apto para esta prestación, debes estar cubierto en el momento en que se ocasionan los gastos. Al solicitar el reembolso adjunta las facturas de cada gasto con la fecha.



Habitación de hospital

Habitaciones estándar privadas o compartidas, según se indique en la tabla de prestaciones. Las habitaciones de lujo, de ejecutivo y las suites no están cubiertas. Esta prestación se aplica sólo cuando la hospitalización no está relacionada con ninguna otra prestación hospitalaria indicada en la tabla de prestaciones. Por ejemplo, si un asegurado ingresa por tratamiento contra el cáncer, la habitación de hospital estará cubierta en la prestación «Oncología» y no en la prestación «Habitación en hospital». Algunos ejemplos de prestaciones que ya incluyen la habitación de hospital (si tu plan los incluye) son: «Psiquiatría y psicoterapia», «Trasplante de órganos», «Oncología», «Embarazo y parto», «Cuidados paliativos» y «Cuidados a largo plazo».

Honorarios de comadrona

Costes cargados por una comadrona o asistente al parto que, conforme a la legislación del país en el que presta su servicio, tiene la formación y la cualificación necesarias.

Honorarios de dietista

Gastos por consejo sobre dieta o nutrición prestado por un profesional de la salud que está colegiado y cualificado para ejercer en el país en el que presta el servicio. Si esta prestación está incluida en tu plan, se cubrirá sólo cuando es necesaria para una patología diagnosticada y apta.

Honorarios de especialista

Cargos por atención no quirúrgica administrada 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 cargados por la atención no quirúrgica administrada por un médico de cabecera.

Hospital

Instalación con licencia de hospital de medicina o de cirugía en el país en el que opera y donde el paciente permanece en constante observación médica. No se consideran hospitales los siguientes establecimientos: casas de reposo, residencias de ancianos, balnearios, centros de curación y otros centros de bienestar.

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.

I

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.

Indemnización por muerte accidental

Cantidad indicada en la tabla de prestaciones que se paga si un asegurado (entre 18 y 70 años) muere durante el período de cobertura como consecuencia de un accidente (accidentes de trabajo incluidos).

Intervenciones quirúrgicas bucales y maxilofaciales

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

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

- Extracción quirúrgica de piezas dentales impactadas.
- Extracción quirúrgica de quistes.
- Cirugía ortognática para la corrección de la maloclusión.

L

Logopedia

Tratamiento administrado por un logopeda cualificado para tratar defectos físicos diagnosticados. Esto incluye enfermedades como como obstrucción nasal, defectos neurogénicos (por ejemplo parálisis de la lengua o daño cerebral) o trastornos de la articulación relacionados con la estructura bucal (por ejemplo fisura palatina).

Logopedia y terapia de lenguaje infantiles

Contribución al coste del tratamiento de la dislexia y la dispraxia para niños de 16 años o menos. Los servicios deben estar prestados por un logopeda o un terapeuta del lenguaje cualificado en el país en que se prestan. Para ser apto para esta prestación, el niño debe estar cubierto por la póliza en el momento del tratamiento. Esta prestación está limitada al tratamiento de la dislexia y la dispraxia solamente. Cuando solicites el reembolso adjunta una factura del proveedor con la fecha.

M

Medicamentos dentales recetados

Medicamentos recetados por un dentista para el tratamiento de una inflamación o infección dental. La eficacia de los medicamentos dentales recetados deberá estar clínicamente probada para la patología a tratar y deberán estar reconocidos por el regulador farmacéutico del país en el que los medicamentos se recetan. No incluyen enjuagues bucales, productos de flúor, geles antisépticos ni dentífricos.

Medicamentos de venta libre recetados

Productos que pueden comprarse sin receta prescritos por un médico para lo siguiente:

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

Algunos ejemplos son aspirinas, vitaminas o agujas hipodérmicas. Los medicamentos deben tener eficacia probada para la enfermedad diagnosticada. También deben estar reconocidos por el regulador farmacéutico del país en el que usas 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.

Medicamentos recetados

Productos que no pueden comprarse sin receta prescritos por un médico para lo siguiente:

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

Algunos ejemplos son antibióticos, sedantes, etc. Los medicamentos deben tener eficacia probada para la enfermedad diagnosticada. También deben estar reconocidos por las directrices médicas aceptadas internacionalmente. Puedes solicitar el reembolso de un suministro de hasta 3 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.

Moratoria (MORI)

Plazo de carencia de 24 meses a partir de la fecha de inicio o de la fecha mostrada en la sección de condiciones especiales de tu certificado de seguro que debe haber pasado antes de que los reembolsos por cualquier enfermedad preexistente puedan ser aptos en el plan. Esto incluye la condición de evaluación CPME/CTT, anteriormente MORI. Una vez que hayas cumplido un plazo continuo de 24 meses tras tu fecha de inicio, tu enfermedad preexistente puede estar cubierta, siempre que no hayas tenido síntomas, ni necesitado o recibido atención médica, medicación, dieta o consejo especiales, ni hayas tenido ninguna otra indicación de la enfermedad.

N

Necesidad médica

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

- Esenciales para identificar y tratar tu enfermedad o lesión.
- Coherentes con tus síntomas, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad subyacente.
- Conformes a la práctica de la medicina generalmente aceptada y los estándares profesionales de la comunidad médica del momento (esto no se aplica a las terapias alternativas si forman parte de tu cobertura).
- Solicitados por razones distintas de tu comodidad o conveniencia o las de tu médico.
- Probados y con valor médico demostrable (esto no se aplica a las terapias alternativas si forman parte de tu póliza).
- Considerados los más apropiados para el tipo y nivel de servicio o material.
- Prestados en las instalaciones apropiadas, en el marco apropiado y con un nivel apropiado de atención para el tratamiento de tu enfermedad.
- Prestados únicamente durante el tiempo apropiado.

En esta definición, el término «apropiado» significa tomar en consideración la seguridad del paciente y la eficacia de los costes. Respecto a la atención hospitalaria, «necesidad médica» también significa que no puede diagnosticarse ni puede tratarse de manera segura y eficaz de forma ambulatoria.

Nosotros

AWP Health & Life SA.



Obesidad

Se diagnostica cuando una persona tiene un índice de masa corporal (IMC) superior a 30. Hay una calculadora de IMC disponible en my.allianzcare.com/bmi-calc

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.

Ortodoncia

Uso de dispositivos para corregir la maloclusión (desalineación de los dientes y la mordida). Sólo cubrimos la ortodoncia que cumple los criterios de necesidad médica descritos a continuación. Como los criterios son muy técnicos, ponte en contacto con nosotros antes de empezar el tratamiento para poder verificar que cumples los criterios.

Criterios de necesidad médica:

- a) Protrusión > 6mm, pero ≤ 9mm
- b) Prognatismo > 3,5mm sin dificultades masticatorias ni del habla
- c) Mordida cruzada anterior o posterior con discrepancia > 2mm entre la posición de contacto retruido y la posición intercuspidiana
- d) Desplazamientos graves de los dientes > 4
- e) Diastema extremo lateral o anterior > 4mm
- f) Sobremordida aumentada y completa con trauma gingival o palatal
- g) Hipodoncia menos extensa que requiere ortodoncia prerrestaurativa o cierre del espacio con ortodoncia para obviar la necesidad de una prótesis
- h) Mordida cruzada lingual posterior sin contacto oclusal funcional en uno o más segmentos bucales
 - i) Prognatismo > 1mm pero < 3,5mm con dificultades masticatorias y del habla registradas
 - j) Dientes parcialmente erupcionados, movilizados e impactados contra dientes adyacentes
- k) Hiperdoncia existente

Deberás enviarnos información de referencia que muestre que tu tratamiento es médicamente necesario y por lo tanto está cubierto por tu plan. La información que te pedimos puede incluir entre otras cosas lo siguiente:

- Informe médico realizado por el especialista, conteniendo el diagnóstico (tipo de maloclusión) y una descripción de tus síntomas causados por el problema ortodóntico.
- Plan de tratamiento que indique la duración y el coste estimados del tratamiento y el tipo o material del aparato usado.
- El plan de pago acordado con el proveedor médico.
- Prueba de pago de la ortodoncia.
- Fotografías de ambas mandíbulas mostrando claramente la dentición antes del tratamiento.
- Fotografías clínicas de las mandíbulas en oclusión central en vistas frontal y lateral.
- Ortopantomografía (radiografía panorámica).
- Perfil de rayos (radiografía cefalométrica).
- Cualquier otro documento que podamos necesitar para evaluar el caso.

Sólo cubriremos el coste de los aparatos metálicos estándar o aparatos extraíbles. No obstante, cubriremos aparatos cosméticos como aparatos linguales (brackets) o férulas invisibles, hasta el coste de los aparatos metálicos, sujeto al límite de la prestación «Ortodoncia».

P

País de origen

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

País principal de residencia

País en el que tú y tus dependientes (si los tienes) vivís durante más de seis meses al año.

Pareja

Persona con la que has convivido en una relación conyugal durante un período continuado de 12 meses.

Parto natural

Costes médicamente necesarios ocasionados durante el parto. Esto incluye los cargos del hospital, los honorarios de especialista, los honorarios de comadrona (durante el parto solamente) y la atención del recién nacido (consulta la definición de «Atención del recién nacido» para ver qué cubrimos en esta prestación y los límites de atención hospitalaria que se aplican a niños adoptados y acogidos y a todos los niños nacidos por subrogación y de partos múltiples consecuencia de reproducción asistida). No cubrimos los gastos de complicaciones del embarazo ni del parto en la prestación «Parto natural». Las cesáreas que no sean médicamente necesarias están cubiertas hasta el coste de un parto natural en el mismo hospital, sujeto a los límites de la prestación. Las cesáreas médicamente necesarias se cubren en la prestación «Complicaciones durante el parto».

En caso de parto en el domicilio, pagaremos una cantidad hasta el límite especificado en la tabla de prestaciones si tu plan incluye la prestación «Parto en el domicilio».

Periodoncia

Tratamiento dental para enfermedades de las encías.

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.

Podología

Atención médicamente necesaria practicada por un podólogo colegiado.

Prótesis dentales

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

Prueba de audición infantil

Contribución a los servicios de un profesional de la audición adecuadamente cualificado en el país en el que se presta el servicio. Para ser apto para esta prestación, tu hijo debe tener 16 años o menos y estar cubierto en el momento de recibir el servicio. Cuando solicites el reembolso adjunta una factura del proveedor con la fecha.

Pruebas alérgicas

Visitas a un médico licenciado para hacer pruebas y descubrir si tus síntomas están relacionados con una alergia. Si está incluida en tu plan como prestación específica, la cobertura está limitada a la cantidad indicada en tu tabla de prestaciones.

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.

Pruebas prehospitalarias

Pruebas prehospitalarias ambulatorias realizadas en las 72 horas previas a la atención hospitalaria o en hospital de día cubiertas por tu plan.

Psiquiatría y psicoterapia

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

Todos los tratamientos hospitalarios o en hospital de día deben incluir la receta de la medicación relativa a la enfermedad. La psicología ambulatoria (si está cubierta) requiere la derivación de un médico y está inicialmente limitada a 10 sesiones por diagnóstico. Después de 10 sesiones, un psiquiatra debe revisar el tratamiento. Si necesitas más sesiones, debes enviarnos un informe de progreso que indique el diagnóstico y la necesidad médica de continuar el tratamiento.

Hay terapia disponible a través de nuestro programa de asistencia al expatriado (PAE) y consiste en intervenciones centradas en las soluciones a corto plazo. Normalmente, hace frente a problemas actuales de fácil resolución en el nivel consciente. Ésta no va dirigida a situaciones más a largo plazo ni al tratamiento de trastornos clínicos. El PAE puede ayudarte a ti y a tus familiares más próximos a hacer frente a situaciones difíciles que pueden surgir a lo largo de la vida tales como el estrés, la ansiedad, la pérdida de un ser querido, las dificultades laborales, los problemas de las relaciones, la transición intercultural o el afrontamiento del aislamiento y la soledad. Para más información, consulta la sección «Programa de asistencia al expatriado (PAE)» de esta guía.

R

Razonable y habitual

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.

Rehabilitación

Tratamiento que combina terapias como la fisioterapia, la terapia ocupacional y la logopedia. Trata de restablecer la forma y el funcionamiento originales tras una lesión, enfermedad aguda o cirugía. El tratamiento debe administrarse en un centro autorizado y empezar en un plazo de 14 días tras el alta del tratamiento agudo médico o quirúrgico.

Cubrimos los costes hospitalarios o de hospital de día sólo si tu médico ha solicitado el ingreso en un centro de rehabilitación y nosotros lo hemos aprobado.

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

Cobertura opcional que, si se ha seleccionado, aparece 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.

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

Revisiones médicas, pruebas e investigaciones realizadas a intervalos de edad apropiados sin que haya síntomas presentes. Para estar cubierto, necesitas recibir los servicios de revisión de la salud y el bienestar en una institución médica con licencia o una institución de pruebas médicas con licencia, o bajo la supervisión de un médico en el marco apropiado y conforme a las directrices internacionales de práctica clínica.

S

Servicios de videoconsulta

Servicios que prestan acceso directo a un médico a través de una plataforma de telecomunicaciones. Esta prestación cubre los costes de las videoconsultas, tal como se indica en tu tabla de prestaciones, y ofrece consejo médico, diagnóstico y emisión de una receta, en caso necesario, para la atención médica no urgente. El acceso a servicios de teleconsulta y recetas dependerá de tu ubicación geográfica y las regulaciones locales del país. Puedes pedir una cita para hablar con un médico de cabecera en español, sujeto a disponibilidad. Algunos proveedores externos pueden ofrecer idiomas oficiales adicionales. El coste de las medicinas no se incluye, pero la entrega de las mismas o las derivaciones pueden incluirse o no en esta prestación, incluso si se prescriben o se derivan durante la videoconsulta.

Subsidio por hospitalización

Cantidad que te pagamos si recibes atención hospitalaria por una enfermedad que estaría cubierta por tu plan, pero en el país en que recibes la atención, la recibes gratis. Esto ocurre cuando el coste total de tu ingreso en el hospital y la atención hospitalaria está financiado por el gobierno. Como no recibes ninguna factura ni pagas ninguna cantidad a tu proveedor médico, no puedes solicitar un reembolso con nosotros ni ninguna otra aseguradora que puedas tener, ya que no hay gastos por tu parte. En este caso puedes solicitar el pago del subsidio por hospitalización, que está limitado a la cantidad especificada en la tabla de prestaciones y se paga después de que recibas el alta del hospital.

Subsidio por maternidad/paternidad

Prestación incluida solamente en el plan de las Islas del Canal, que garantiza el pago de una cantidad a tanto alzado a cada uno de los padres cubiertos por una de nuestras pólizas en el caso del nacimiento de un hijo dependiente. El subsidio se pagará solamente cuando la atención médica haya sido gratuita y la cantidad a pagar se indica en la tabla de prestaciones. Para solicitar el subsidio por maternidad/paternidad, debes enviarnos una copia del certificado de nacimiento del niño en los tres primeros meses tras el parto. Para beneficiarse de esta prestación, la madre y el padre deben haber estado cubiertos por el plan de salud de las Islas del Canal durante al menos 10 meses consecutivos antes del nacimiento del niño.



Terapeuta

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

Terapia alternativa

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

Terapia de sustitución hormonal

Uso de hormonas femeninas para aliviar los síntomas de la pérdida de la función ovárica, tanto en el momento de la menopausia natural como tras la extracción quirúrgica de los ovarios. Cubre los honorarios del médico y del especialista y los gastos de medicamentos recetados.

Terapia oculomotora

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

Terapia ocupacional

Terapia que te ayuda a desarrollar las habilidades necesarias para la vida diaria y la interacción con otras personas y el entorno. Se refiere a lo siguiente:

- Habilidades motoras gruesas y finas (cómo realizas tareas pequeñas y precisas y movimientos de todo el cuerpo)
- Integración sensorial (cómo el cerebro organiza una respuesta a tus sentidos)
- Coordinación, equilibrio y otras habilidades como vestirse, comer y asearte

Necesitaremos un informe médico de progreso cada 20 sesiones.

Trasplante de órganos

Los siguientes trasplantes de órganos o tejido: corazón, corazón/válvula cardiaca, corazón/pulmón, hígado, páncreas/riñón, riñón, médula ósea, glándula paratiroides, córnea, y musculoesquelético. No reembolsamos los gastos de adquisición de órganos.

Tratamiento de la infertilidad

Todas las pruebas diagnósticas invasivas necesarias para establecer la causa de la esterilidad, como histerosalpingografía, laparoscopia o histeroscopia. También cubre tratamientos como la fecundación in vitro, para casos diagnosticados de esterilidad. El coste del tratamiento para la esterilidad se cubrirá para el asegurado que reciba el tratamiento, hasta el límite indicado en la tabla de prestaciones. No puedes usar la cobertura de tu cónyuge/pareja para cubrir costes que excedan tu límite.

Todas las pruebas no invasivas realizadas para establecer la causa de la esterilidad se cubren hasta el límite de la prestación correspondiente del plan ambulatorio (si tienes uno). Algunos ejemplos de prestaciones que cubren pruebas no invasivas son «Pruebas diagnósticas», «Honorarios de médico de cabecera» y «Honorarios de especialista».

Para niños nacidos de partos múltiples como consecuencia de reproducción asistida, todos los bebés nacidos por subrogación y niños adoptados y acogidos, la atención hospitalaria tiene un límite de 24.900 £/30.000 €/40.500 \$/39.000 CHF por niño durante los tres primeros meses tras su nacimiento. La atención ambulatoria se paga según las condiciones del plan ambulatorio.

Tratamiento de las adicciones a las drogas y al alcohol

Contribución al coste del tratamiento recibido por un hijo dependiente en un centro reconocido para el tratamiento de las adicciones a las drogas y al alcohol. El tratamiento prescrito puede incluir desintoxicación, medicación, terapia y asesoramiento. Para ser apto para esta prestación tu hijo debe estar asegurado en el momento de recibir el servicio.

Tratamiento del trastorno del espectro autista

Gama de terapias para mejorar las aptitudes de un asegurado con autismo. Esto incluye tratamiento médico especializado y programas de conducta acreditados. El tratamiento está cubierto como parte de la prestación «Psiquiatría y psicoterapia» de tu plan ambulatorio, si tienes uno. Consulta tu tabla de prestaciones para ver los límites que pueden aplicarse. No cubrimos ingresos, estancias o tratamiento en hospital de día en instituciones académicas especializadas.

Tratamiento del VIH o SIDA

Prestación que cubre consultas, pruebas y atención hospitalaria y ambulatoria relacionadas con un diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Si está incluida en tu plan como prestación específica, la cobertura está limitada a la cantidad indicada en tu tabla de prestaciones.

Tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria

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

Todos los tratamientos hospitalarios o en hospital de día deben incluir la receta de la medicación relativa a la enfermedad.

La terapia ambulatoria (si está cubierta) requiere la derivación de un médico e inicialmente tiene un límite de 10 sesiones por diagnóstico. Después de 10 sesiones, un psiquiatra debe revisar el tratamiento. Si necesitas más sesiones, debes enviarnos un informe de progreso que indique el diagnóstico y la necesidad médica de continuar el tratamiento.

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

Tratamiento ortomolecular

Tratamiento alternativo que trata de restablecer el equilibrio bioquímico del individuo con suplementos. Utiliza sustancias naturales como vitaminas, minerales, enzimas y hormonas.

Tratamiento preventivo

Tratamiento que recibes sin presentar síntomas clínicos en el momento de recibirlo (por ejemplo la extracción de un tumor precanceroso). Esta prestación se cubre si «Tratamiento preventivo» aparece en tu tabla de prestaciones.

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 sólo 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.



Yoga o Pilates para embarazadas

Contribución al coste de clases de yoga o Pilates para las aseguradas durante el embarazo, impartidas por un instructor cualificado. Cuando solicites el reembolso adjunta una factura del proveedor con la fecha. Solamente podemos reembolsar las clases que se reciben durante el embarazo.

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.

A) LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES SE APLICAN A TODOS NUESTROS PLANES, SALVO CUANDO SE INDIQUE LO CONTRARIO:

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

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

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

ATENCIÓN MÉDICA FUERA DEL ÁREA GEOGRÁFICA DE COBERTURA

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

CAMBIO DE SEXO

Operaciones de cambio de sexo y tratamientos relacionados.

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

CONTAMINACIÓN QUÍMICA Y RADIATIVIDAD

Tratamiento para enfermedades debidas directa o indirectamente a contaminación química, radiactividad o cualquier material nuclear, incluidos los combustibles nucleares.

DESARROLLO TARDÍO

Retraso en el desarrollo cognitivo o físico, a menos que el niño no haya alcanzado el desarrollo esperado para un niño de su edad. No cubrimos enfermedades en las que el niño tiene un retraso leve o temporal. El retraso en el desarrollo tiene que estar cuantitativamente medido por profesionales médicos cualificados y documentado como un retraso de al menos 12 meses.

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

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, tratamiento y complicaciones relacionados con lo siguiente:

- Esterilización
- Disfunción sexual (salvo cuando la enfermedad sea el resultado de una prostatectomía radical tras cirugía oncológica)
- 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.

Esta exclusión también incluye infertilidad en el plan de las Islas del Canal.

GASTOS POR CUMPLIMENTAR UN FORMULARIO

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

GESTACIÓN SUBROGADA

Atención médica directamente relacionada 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 DEPORTES O ACTIVIDADES EXTREMOS O PROFESIONALES

Atención médica o procedimientos de diagnóstico de las lesiones o enfermedades resultantes de la participación en deportes o actividades extremos o profesionales, entre los que se incluyen:

- Deportes de montaña como el rápel 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 bravas (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 puentismo (puenting).

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 necesaria por no haber seguido las indicaciones del médico o por no haber acudido a un médico.

OPERACIONES DE BÚSQUEDA O RESCATE

Solicitudes de reembolso relacionadas con operaciones de búsqueda o rescate, por ejemplo, en tierra o descendiendo de una montaña, para localizar y transportar a un afiliado de vuelta a una ubicación segura. Ten en cuenta que, en caso de evacuación médica, solo cubriremos aquellas actividades que empiecen tras concluir las operaciones de búsqueda o rescate.

PARTICIPACIÓN EN GUERRAS O ACTOS CRIMINALES

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

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

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.

PRODUCTOS DE VENTA LIBRE

Productos que puedan adquirirse sin prescripción médica, salvo cuando la prestación de «Medicamentos de venta libre con prescripción médica» aparezca en la tabla de prestaciones.

PRUEBAS GENÉTICAS

Pruebas genéticas, salvo en los siguientes casos:

- a) Cuando tu plan incluye prestaciones específicas para pruebas genéticas.
- b) Cuando las pruebas de ADN están directamente relacionadas con una amniocentesis apta, por ejemplo en mujeres de 35 años o más.
- c) Cuando las pruebas para el receptor genético de tumores están cubiertas.

TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

Gastos relativos a un terapeuta o asesor familiar en casos de atención ambulatoria de psicoterapia familiar o de pareja.

TERAPIAS ALTERNATIVAS

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

TRASTORNOS DEL SUEÑO

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

TRATAMIENTO COSMÉTICO

Cualquier tratamiento cosmético o estético para mejorar tu apariencia, incluso cuando está prescrito por un médico. Esto incluye el tratamiento realizado por un cirujano plástico, independientemente del hecho de que sea necesario por razones médicas o psicológicas. Se aplican las siguientes excepciones:

- 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.
- Cirugía de reasignación de género, si cumple con los criterios para los servicios de disforia de género.

TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD

Tratamiento de la infertilidad, incluyendo la reproducción asistida o tratamiento para problemas médicos que surjan de ella, salvo cuando tienes una prestación específica para el tratamiento de la infertilidad o tienes un plan ambulatorio. Si tienes un plan ambulatorio solamente cubriremos las pruebas no invasivas para determinar la causa de la infertilidad (dentro de los límites de tu plan ambulatorio). Estas excepciones no se aplican a los asegurados en un plan de las Islas del Canal, en los que las pruebas para determinar la causa de la infertilidad están excluidas.

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Pruebas diagnósticas y tratamiento de la obesidad.

TRATAMIENTO ORTOMOLECULAR

Consulta la definición de «Tratamiento ortomolecular».

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.

VITAMINAS Y MINERALES

Productos clasificados como:

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

Estos productos están excluidos aunque estén prescritos o recomendados por un médico y tengan efectos terapéuticos reconocidos. Los gastos relativos a consultas de dietista/nutricionista tampoco están cubiertos, salvo cuando la prestación «Consultas de dietista/nutricionista» aparezca en tu tabla de prestaciones. Para los asegurados de un plan de las Islas del Canal, esta exclusión se refiere también al periodo del embarazo.

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:

- Complicaciones durante el embarazo.
- Atención dental, cirugía dental, periodoncia, ortodoncia y prótesis dentales. La única excepción es los procedimientos quirúrgicos maxilofaciales, que están cubiertos dentro del límite total de tu plan principal.
- Honorarios de dietista.
- Atención dental de emergencia.
- Gastos de acompañante del paciente evacuado o repatriado.
- Revisión rutinaria de la salud/bienestar y pruebas para la detección precoz de enfermedades.
- Parto en el domicilio.
- Tratamiento de la infertilidad.
- Psiquiatría y psicoterapia hospitalarias.
- Corrección refractiva de la vista con láser.
- Repatriación médica.
- Trasplante de órganos.
- Psiquiatría y psicoterapia ambulatorias.
- Atención ambulatoria.
- Gafas y lentes de contacto con prescritas, incluyendo revisión de la vista.
- Dispositivos de ayuda médica recetados.
- Tratamiento preventivo.
- Rehabilitación.
- Embarazo y parto, parto natural y atención del recién nacido y complicaciones del 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.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

Indemnización por muerte accidental, cuando la muerte del asegurado haya estado provocada directa o indirectamente por alguna de estas causas:

- 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 indique lo contrario.
- 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 estar 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.
- Muerte 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 el asegurado es un piloto militar que 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 rápel 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 hípcas 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 puentismo (puenting).

B) LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES SE APLICAN A TODOS LOS PLANES CON EXCEPCIÓN DEL PLAN DE LAS ISLAS DEL CANAL (ESTE PLAN TIENE SUS PROPIAS EXCLUSIONES ADICIONALES MÁS ADELANTE):

ENFERMEDADES PREEXISTENTES (APLICABLES A PÓLIZAS CON EVALUACIÓN MÉDICA COMPLETA O CPME/CTT, ANTERIORMENTE FMU)

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

- 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:
 - La fecha de emisión de tu certificado de seguro o
 - La fecha de inicio de tu póliza

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

ENFERMEDADES PREEXISTENTES (APLICABLES A PÓLIZAS CON MORATORIA O CPME/CTT, ANTERIORMENTE MORI)

Enfermedades preexistentes cuando una o más de las siguientes condiciones se han aplicado en el período de 24 meses anteriores a tu fecha de inicio (o la fecha que aparece en tu certificado de seguro):

- Podía preverse razonablemente que la enfermedad ocurriría después de tu fecha de inicio.
- La enfermedad se mostró claramente.
- Tenías signos o síntomas de la enfermedad.
- Pediste consejo sobre la enfermedad.
- Recibiste atención médica para la enfermedad.
- Hasta donde sabes, eras consciente de que tenías la enfermedad.

Una vez que hayas cumplido un plazo continuo de 24 meses tras tu fecha de inicio, tu enfermedad preexistente puede estar cubierta, siempre que no hayas tenido síntomas, ni necesitado o recibido atención médica, medicación, dieta especial o consejo, ni hayas tenido ninguna otra indicación de la enfermedad.

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».

LOGOPEDIA

Logopedia relacionada con el desarrollo tardío, dislexia, dispraxia o trastornos expresivos del lenguaje.

C) LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES SE APLICAN ÚNICAMENTE AL PLAN DE LAS ISLAS DEL CANAL:

CIRUGÍA DENTAL, PRÓTESIS DENTALES, PERIODONCIA Y TRATAMIENTO ORTODÓNTICO

Cirugía dental, prótesis dentales, periodoncia y tratamiento ortodóntico, con la excepción del tratamiento dental según se describe en su definición.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Enfermedades crónicas, salvo en el caso de tratamientos a corto plazo para episodios críticos de una enfermedad crónica, requeridos con el objetivo de restablecer el estado de salud del asegurado tal como era antes del episodio, o para que se produzca una recuperación total. Contacta con la línea de asistencia para comprobar el alcance de la cobertura en cada circunstancia especial antes de ocasionar algún gasto en tratamiento para enfermedades crónicas.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

Gastos de desplazamiento para acudir a consultas ambulatorias, salvo cuando se trate de una consulta posoperatoria que no pueda llevarse a cabo a nivel local.

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO CUANDO EL TRATAMIENTO ESTÁ DISPONIBLE A NIVEL LOCAL

Gastos de desplazamiento a otra Isla del Canal, al Reino Unido o Francia para recibir atención hospitalaria o en hospital de día, cuando la atención necesaria o una alternativa estén disponibles a nivel local. Sin embargo, los gastos médicos ocasionados se reembolsarán según las condiciones de tu póliza.

LAS SIGUIENTES PRESTACIONES

- Evacuación o repatriación médicas.
- Terapia oculomotora.
- Reparación de las gafas.
- Repatriación de restos mortales.
- Logopedia.

MEDICAMENTOS CON PRESCRIPCIÓN Y VENDAJES

Medicamentos con prescripción y vendajes, salvo cuando se prescriban para el uso durante una atención hospitalaria o en hospital de día.

PRESTACIÓN DE DESPLAZAMIENTO

La prestación de desplazamiento no está disponible en los siguientes casos:

- Para gastos de desplazamiento superiores a las tarifas estándar.
- Para un padre acompañante de un paciente mayor de 18 años.
- Para costes adicionales al desplazamiento, como por ejemplo alojamiento en hotel o comidas.
- Cuando el coste está cubierto por el Ministerio de Salud británico.
- Cuando la atención médica no está cubierta en tu plan.
- Cuando el viaje no está recomendado por un médico.
- Cuando no hemos aprobado todos los costes del viaje con antelación al mismo.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

VIH

Infeción por el virus de la inmunodeficiencia humana, SIDA o cualquier enfermedad psiquiátrica asociada.

Habla con nosotros, nos encanta ayudar

Si tienes alguna duda, ponte en contacto con nosotros:

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

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

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

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

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

 Correo electrónico: client.services@allianzworldwidecare.com

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

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/allianzcare

 www.x.com/AllianzCare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.instagram.com/allianzcare/

 www.linkedin.com/company/allianz-care

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

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

AWP Health & Life SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa, es una sociedad anónima sujeta a la reglamentación francesa de los servicios de seguro («Code des Assurances»). Registrada en Francia con el número 401 154 679 RCS Bobigny. La sucursal irlandesa está inscrita en el registro oficial de empresas de Irlanda con el número 907619, en la dirección 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda. Allianz Care y Allianz Partners son nombres comerciales registrados por AWP Health & Life SA.