



Cobertura médica de emergencia para viajes de trabajo

Validez: 1 de abril de 2023

Bienvenido

Puedes confiar en Allianz Care, como tu aseguradora médica internacional, para darte acceso a la mejor atención posible en caso de emergencia médica durante un viaje de negocios, dondequiera que viajes en el mundo.

Para sacarle el mejor partido a tu plan de cobertura médica de emergencia para viajes de trabajo, lee esta guía junto a tu certificado de seguro y la tabla de prestaciones.

Para más información sobre tu cobertura, ponte en contacto con tu administrador de póliza colectiva.

Cómo usar tu cobertura

Servicios	5
Entendiendo cómo funciona tu cobertura	8
¿Necesitas atención médica?	10
Información adicional sobre el reembolso de tus gastos	13

Condiciones de la cobertura

Condiciones generales	17
Administración de tu póliza	18
Pago de primas	21
Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura	23
Protección de datos	25
Protocolo para quejas	26
Definiciones	27
Exclusiones	32

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 París 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.

Servicio de asistencia en las emergencias

Si necesitas atención médica de emergencia en un hospital o en una clínica, contacta con nuestra línea de asistencia lo antes posible. Esto nos dará la oportunidad de organizar el pago directo de sus facturas hospitalarias, siempre que sea posible, y nos garantizará que podamos tramitar tu reembolso sin retraso.

Nuestro servicio de asistencia en emergencias está disponible las 24 horas.

@ Correo electrónico: client.services@allianzworldwidecare.com

☎ Línea de asistencia: **+353 1 630 1304**

📠 Fax: **+353 1 630 1306**

Para ver nuestra lista de números gratuitos más reciente, visita

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

Si no puedes acceder a los números gratuitos desde un teléfono móvil, llama al número anterior.

¿Sabías que...

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

Servicios web

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

- Buscar proveedores médicos. No estás obligado a acudir a los proveedores listados en nuestro directorio.
- Descargar formularios.
- Acceder a una calculadora del IMC (índice de masa corporal)
- Acceder a nuestras guías de salud.

Servicios de seguridad en viaje**

Mientras el mundo sigue presenciando un aumento en las amenazas a la seguridad, los servicios de seguridad en viaje ofrecen acceso las 24 horas a información y consejo sobre seguridad personal para tus consultas sobre seguridad en viaje, por teléfono, correo electrónico o en la página web. Tu tabla de prestaciones muestra si tu plan incluye estos servicios.

Puedes acceder a lo siguiente:



Línea de asistencia para emergencias de seguridad

Habla con un especialista en seguridad sobre cualquier cuestión de seguridad relacionada con un destino de viaje.



Inteligencia sobre el país y asesoramiento en seguridad

Información y consejo sobre seguridad relativos a muchos países.



Noticias diarias y alertas de seguridad en viaje por correo electrónico

Suscríbete y recibe alertas sobre sucesos de alto riesgo en tu ubicación o áreas cercanas, incluyendo terrorismo, agitación civil y riesgos meteorológicos graves.

- Para acceder a la página web de Crisis24 Horizon, ve a <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>, añade tu correo electrónico y selecciona Create account. Introduce tus datos y añade el código de afiliado ALLIANZTSS
- tu dispositivo móvil (también puedes buscar Crisis24 Horizon en las dos tiendas) y, a continuación **inicia sesión** con el mismo correo electrónico (nombre de usuario) y contraseña que has creado anteriormente. También puedes registrarte directamente en la aplicación móvil usando el código de afiliado.

🌐 <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>

↓ Descarga la aplicación Crisis24 Horizon de Google Play o App Store.



Todos los servicios de seguridad en viaje se prestan en inglés. Podemos organizar un servicio de intérprete para ti si es necesario.

***Algunos servicios que pueden incluirse en tu plan los prestan proveedores externos ajenos al Grupo Allianz, como el programa de asistencia al empleado, los servicios de seguridad en viaje, la aplicación HealthSteps, 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 HealthSteps no proporciona consejo médico o de salud y los recursos para el bienestar incluidos en Olive tienen únicamente carácter informativo. La aplicación HealthSteps 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?

Este plan está específicamente diseñado para cubrir **casos de emergencia médica agudos** que ocurran mientras viajas al extranjero por trabajo. En caso de emergencia médica, cubrimos atención médica de emergencia, accidentes y cualquier otro suceso descrito en las condiciones generales.

El siniestro asegurado empieza con la emergencia y termina cuando el tratamiento deja de considerarse necesario médicamente o el paciente es apto para el transporte según el diagnóstico médico.

En esta póliza no cubrimos **ningún tratamiento en curso o adicional**, incluida la rehabilitación, que pueda requerir tras la situación de emergencia.

¿Qué es una emergencia médica?

Por **emergencia médica** nos referimos a un accidente, un desastre o cualquier comienzo o empeoramiento repentino de una enfermedad grave, que resulta en una enfermedad que representa una amenaza inmediata para tu salud y por lo tanto requiere medidas médicas urgentes. Solamente cubriremos la atención médica administrada por un médico o especialista, o la hospitalización que **tenga lugar en un plazo de 24 horas tras el episodio de emergencia**.

¿Dónde puedo recibir atención médica?

Tienes cobertura "Mundial" para viajes de trabajo fuera de tu país principal de residencia o tu país principal de empleo.

¿Cuánto dura mi cobertura?

Dependiendo del producto que elija tu empresa, la cobertura puede tener una duración máxima de uno de los siguientes:

- 90 días de viaje por año de seguro
- 180 días de viaje por año de seguro
- O la cobertura se presta para un número máximo de días de viaje de trabajo por año de seguro (lo que se conoce como la "Duración de la cobertura") y está sujeta a que exista un contrato corporativo en vigor entre tu empresa y Allianz Care. Consulta con el administrador de póliza colectiva de tu empresa para obtener confirmación sobre el número máximo de días de viaje de trabajo para los que estás cubierto. Tu cobertura comenzará el primer día de viaje de tu primer viaje de trabajo.

¿Están cubiertas las enfermedades preexistentes y crónicas?

Cubrimos el aumento agudo de la gravedad de las enfermedades preexistentes y crónicas, así como los ingresos de emergencia relacionados con dichas enfermedades dentro de los límites de este plan.

Esta cobertura médica de emergencia no cubre enfermedades preexistentes en los siguientes casos:

- El tratamiento en el extranjero era el único motivo o uno de los motivos del viaje de trabajo o
- Era muy probable que la atención médica tuviera que tener lugar durante el viaje de trabajo.

Para más detalles sobre las enfermedades preexistentes y crónicas, consulta la sección "Definiciones".

¿Qué son los límites de las prestaciones?

Tu cobertura puede estar sujeta a un límite máximo del plan. Esto es el máximo que pagaremos en total por todas las prestaciones incluidas en el plan por asegurado y por año de seguro.

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

- El término «100%» aparece en la prestación.
- Se aplica un límite específico de prestación. Esto es cuando la prestación está limitada a una cantidad específica (por ejemplo 10.000 €).

Aunque muchas de las prestaciones incluidas en tu tabla de prestaciones están cubiertas en su totalidad, algunas están limitadas a una cantidad específica. Esta cantidad específica es el límite de la prestación.

¿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 de emergencia que requieres. Tu tabla de prestaciones confirmará qué prestaciones tienes disponibles, sin embargo, siempre puedes llamar a nuestra línea de asistencia si tienes alguna pregunta.

Algunos tipos de atención médica necesitan preautorización

Tu tabla de prestaciones indicará qué procedimientos están sujetos a preautorización a través del envío de un formulario de TGF. El proceso de preautorización nos ayuda a evaluar cada caso, a organizar todo con el hospital antes de tu llegada y a facilitar el pago directo al hospital, cuando sea posible.

Aunque no se necesita la preautorización antes de una hospitalización de emergencia, tú, tu médico o un compañero debe informarnos sobre el ingreso en un plazo de 48 horas desde el suceso.

Si no recibimos notificación acerca de la hospitalización en el plazo de 48 horas, o si solicitas un reembolso sin obtener nuestra preautorización para las prestaciones con un * en la tabla de prestaciones, nos reservamos el derecho a rechazar la solicitud de reembolso. Si solicitas un reembolso sin obtener nuestra preautorización y posteriormente se demuestra que la atención recibida era médicamente necesaria, solo pagaremos el 50% de la prestación.

Para enviar un formulario de TGF :

- Descarga un formulario de TGF de nuestra página web
<https://www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html>
- Envíanos el formulario por correo electrónico, fax o correo postal (datos en el formulario).

Atención hospitalaria

En caso de hospitalización, siempre que sea posible y que nos notifique con la antelación suficiente, organizaremos el pago directo de las facturas del hospital. El pago estará sujeto a los copagos y límites de su póliza, es decir, siempre que sea posible, pagaremos la factura y trataremos directamente con el hospital.

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

Si la atención que necesitas no requiere 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 aptos completando y enviando un formulario de reembolso que se puede descargar en <https://www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html> o puedes pedirle una copia del formulario al administrador de póliza colectiva de tu empresa.

Necesitarás cumplimentar las secciones 5 y 6 del formulario solamente si la información que se pide en estas secciones no figura en la factura

Envíanos el formulario y toda la documentación de respaldo, facturas y recibos directamente por correo electrónico, fax o correo postal (dirección en el formulario). En este caso, nos pondremos en contacto con tu administrador de póliza colectiva para confirmar que estabas en un viaje de trabajo en las fechas de tu atención médica para tramitar su tu reembolso.

Asegúrate de que los datos de pago que proporcionas en el formulario de reembolso estén correctos para evitar demoras con el pago.

Puedes optar por enviar tu formulario de solicitud de reembolso completado y las facturas/recibos/recetas de referencia al administrador de póliza colectiva de tu empresa, y nos los enviará. Para proteger tu privacidad, te aconsejamos que el paquete esté sellado.

Consulta "Reembolsos médicos" en la sección «Condiciones generales» de esta guía para obtener más información sobre nuestro proceso de reembolso.

Ten en cuenta que debes comunicarnos cualquier atención médica o ingreso hospitalario en un plazo de 48 horas tras el suceso.



Rápida tramitación de solicitudes

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

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



Información adicional sobre el reembolso de tus gastos

Reembolsos médicos

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

- a) **Plazo de solicitud:** Debes enviar todas las solicitudes de reembolso con un formulario de reembolso 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 sus solicitudes 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.
- b) **Preautorización:** Algunas prestaciones requieren el envío de un formulario de garantía de pago antes del comienzo del tratamiento. Consulta la tabla de prestaciones para comprobar qué prestaciones requieren preautorización.
- c) **Costes aptos:** Sólo cubrimos solicitudes de reembolso si son el resultado de una emergencia médica apta, son médicamente necesarias, las administra un médico, dentista u otro terapeuta cualificado, están aceptados médicamente con carácter general y se ocasionan durante un siniestro asegurado.
- d) **Documentos de referencia:** Es tu responsabilidad guardar copia de todos los documentos originales (por ejemplo recibos médico) que nos envíes, ya que nos reservamos el derecho a solicitar los originales hasta 12 meses tras el pago de un reembolso, por razones de auditoría. También nos reservamos el derecho a pedir un comprobante de pago (por ejemplo un extracto del banco o de la tarjeta de crédito) de tus facturas. Te recomendamos que guardes copia de toda la correspondencia que mantengas con nosotros. No podemos considerarnos responsables por no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a nuestro control.
- e) **Divisa:** Especifica en el formulario de reembolso la divisa en la que quieres que te paguemos. En raras ocasiones podríamos no poder pagar en esa divisa solicitada debido a las regulaciones bancarias internacionales. Si esto ocurre, identificaremos una opción de 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.
- f) **Reembolso:** Solamente los gastos relativos a atención médica apta se reembolsarán dentro de los límites de la póliza, tras evaluar cualquier requisito de preautorización.
- g) **Depósitos:** Si tienes que pagar un depósito antes de iniciar un tratamiento, reembolsaremos el coste cuando el tratamiento haya finalizado.

- h) **Dar información:** Aceptas ayudarnos a obtener toda la información que necesitamos para tramitar un reembolso. Tenemos derecho a acceder a tu historial médico y a establecer contacto directo con el proveedor de la atención médica o el médico tratante. Podríamos solicitar, a nuestro propio cargo, una revisión médica realizada por nuestros médicos si creemos que es necesario. Además, podemos pedir la autopsia en casos de fallecimiento si la ley lo permite. Toda la información se tratará con la más estricta confidencialidad. Nos reservamos el derecho a suspender prestaciones si no nos ayudas a obtener la información que necesitamos.
- i) **Pagos:** Pagaremos los reembolsos directamente al afiliado. Sin embargo, cuando sea posible, intentaremos pagar los gastos de la atención hospitalaria directamente al hospital. Reembolsamos los costes por persona dentro de los límites de la póliza, tras evaluar la preautorización requerida.
- j) **Vencimiento de la cobertura de seguro:** Al vencimiento de tu cobertura de seguro, tu derecho al reembolso finaliza (para más detalles, consulta la sección «Vencimiento de la póliza»).

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@allianzworldwidecare.com



Condiciones de la cobertura



Condiciones generales

Esta sección describe las prestaciones y reglas de tu cobertura médica de emergencia para viajes de trabajo. Léela junto con la tabla de prestaciones y el certificado de seguro (si has recibido uno).

- Tu **certificado de seguro** detalla los planes y el área geográfica de cobertura que tu empresa ha elegido para ti. También indica las fechas de inicio y de renovación de tu cobertura. Ten en cuenta que te enviaremos un nuevo certificado de seguro si necesitamos registrar cualquier cambio solicitado por tu empresa o que tenemos derecho a hacer, o si, con la aprobación de tu empresa y nuestra aceptación, solicitas un cambio.
- Tu **tabla de prestaciones** resume el plan seleccionado por tu empresa y las prestaciones asociadas que tienes. También indica las prestaciones o procedimientos que requieren que nos envíes un formulario de garantía de pago. Confirma las prestaciones a las que se aplican límites específicos de prestación. Tu tabla de prestaciones estará en la divisa acordada con tu empresa (o contigo si pagas tu propia prima).

Si deseas más información sobre el contrato de seguro firmado por tu empresa, ponte en contacto con tu administrador de póliza colectiva. Ten en cuenta que las condiciones generales de tu cobertura podrían cambiar ocasionalmente por acuerdo entre tu empresa y nosotros.

Administración de tu póliza

Cuándo empieza la cobertura

El contrato corporativo es un contrato de seguro entre tu empresa y Allianz Care que tiene la duración de un año de seguro. En el contrato corporativo, se indican las fechas de inicio y finalización del año de seguro.

Dependiendo del producto que elija tu empresa, las condiciones pueden tener uno de los siguientes:

- El plazo de tu póliza depende de la duración de la cobertura elegida para ti por tu empresa (90 o 180 días). Consulta tu certificado de seguro para confirmar esto.
- La cobertura que recibas bajo las condiciones del contrato corporativo anterior será válida durante un número máximo de días de viaje de trabajo (es decir, "duración de la cobertura") por año de seguro. Tu cobertura comenzará el primer día del viaje de trabajo y continuará hasta que el número máximo de días de viaje de trabajo se haya usado o hasta que finalice el año de seguro correspondiente, lo que ocurra antes. Consulta con el administrador de póliza colectiva de tu empresa para confirmar la duración de tu cobertura.

Renovación de la cobertura

Al final de este periodo, tu empresa puede renovar el seguro según las condiciones generales de la póliza vigentes en ese momento. Esas condiciones serán vinculantes para ti.

Si tu empresa renueva el contrato corporativo con nosotros, se acordará un nuevo número máximo de días de viaje de trabajo (es decir, "Duración de la cobertura") para ti. Tu cobertura para el nuevo año de seguro comenzará el primer día del viaje de trabajo y continuará hasta que el número máximo de días de viaje de trabajo se haya usado o hasta que finalice el nuevo año de seguro, lo que ocurra antes.

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.

Finalizar tu cobertura

Tu empresa puede finalizar tu cobertura o la de cualquiera de tus dependientes (si se aplica) notificándonoslo por escrito. No podemos antedatar la cancelación de tu cobertura. Terminará automáticamente en los siguientes casos:

- Cuando regreses a tu país principal de residencia o país principal de empleo después de un viaje al extranjero, o después de una evacuación médica/repatriación médica.
- Tras agotar los 90 o 180 días en el extranjero máximos de viaje por año de seguro, según la duración de la cobertura seleccionada por tu empresa.
- Cuando alcances el número de días de viaje de trabajo acordados para ti en el año de seguro correspondiente. Consulta con el administrador de póliza colectiva de tu empresa para confirmar el número máximo de días de viaje de trabajo acordados para ti.
- Si tu empresa decide terminar la cobertura o no renueva tu afiliación.
- Si tu empresa no paga las primas o cualquier otra cantidad adeudada según el contrato corporativo con nosotros.
- Cuando dejas de trabajar para la empresa.
- Si el empleado asegurado muere. Sin embargo, si la persona asegurada muere mientras se encuentra en el extranjero en un viaje de trabajo, la cobertura de seguro finalizará tras la repatriación de los restos mortales.

Podemos terminar tu cobertura y la de tus dependientes (si se aplica) si hay pruebas razonables que indiquen que tú o ellos nos habéis engañado o habéis intentado engañarnos. Por ejemplo, facilitándonos información falsa, ocultando datos importantes o colaborando con terceros para facilitarnos información falsa, ya sea de forma deliberada o negligente, que pueda influirnos en nuestra decisión sobre lo siguiente:

- Tu idoneidad (o la de sus dependientes) para incorporarse al plan
- La prima que tu empresa debe pagar
- Si procede pagar un reembolso.

Vencimiento de la póliza

Al vencer la póliza termina tu derecho a recibir reembolsos. Hasta seis meses después de la fecha de finalización reembolsaremos todos los gastos aptos ocasionados durante la duración de la cobertura.

En caso de que se produzca una emergencia en el extranjero por la que se paguen las prestaciones incluidas en esta cobertura y que continúe cuando finalice esta, los costes seguirán estando cubiertos. Esto sólo se aplicará si se demuestra que no eres apto para viajar y hasta el momento en que estés en forma para viajar (hasta un máximo de cuatro semanas después de la fecha de finalización de tu cobertura).

Pago de primas

Si tu empresa paga la prima del seguro

En la mayoría de los casos, tu empresa es responsable del pago de tu prima y la de tus dependientes, cubiertos en el contrato corporativo. Tu empresa podría pagar también otros impuestos y cargos asociados a tu prima (como el impuesto sobre la prima del seguro). Sin embargo, tú podrías ser responsable de pagar impuestos sobre la prima que paga tu empresa. Para más información, consulta con tu empresa.

Si tú pagas la prima del seguro

Si eres responsable del pago de tu prima, debes pagarnos el periodo de cobertura por adelantado. Tu certificado de seguro muestra la cantidad que tu empresa ha acordado con nosotros y la frecuencia de pago de tu elección. La **prima inicial** o primera cuota debe pagarse inmediatamente después de que aceptemos tu afiliación. 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. El pago de las **primas subsiguientes** vence el primer día del periodo elegido para el pago.

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

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

Estos cargos pueden estar ya en vigencia cuando te afilias, pero también podrían introducirse (o cambiar) después. Tu factura reflejará estos impuestos. Si cambian o se introducen nuevos impuestos, te escribiremos para informarte. Si no aceptas los cambios puedes cancelar tu cobertura. No te aplicaremos ninguno de esos cambios si terminas tu cobertura en un plazo de 30 días tras la fecha en que entran en vigor o en un plazo de 30 días después de que te hayamos informado, cualquiera que sea la más reciente.

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

Cada año, en la fecha de renovación, podríamos cambiar el cálculo de tu prima e impuestos, la cantidad que debes pagar o la forma de pago. En ese caso, te informaremos de estos cambios y solamente se aplicarán a partir de tu fecha de renovación. Si lo deseas, puedes cambiar la forma de pago en la renovación. Escríbenos para pedirlo al menos 30 días antes de la fecha de renovación.

Si por alguna razón no puedes pagar la prima, contacta con nosotros para hablarlo contigo, ya que si no pagas las primas en plazo puedes perder la cobertura.

Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura

Legislación aplicable. Tu póliza está sujeta a las leyes y los tribunales del país establecido en el contrato corporativo, salvo cuando la ley lo disponga de otro modo.

Sancciones económicas. Esta póliza no presta ninguna cobertura ni prestación por ningún negocio o actividad si la cobertura, prestación o negocio o actividad subyacentes violan alguna sanción o regulación aplicable de las Naciones Unidas, la Unión Europea o cualquier otra sanción, regulación o ley económicas o comerciales.

Quién está cubierto. Solo los asegurados y dependientes (según corresponda), tal como se describe en esta guía y en el contrato corporativo, son aptos para la cobertura.

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

Quién puede hacer cambios en tu póliza. Nadie, excepto un representante nombrado por ti o el administrador de póliza colectiva, puede hacer cambios en tu póliza en tu nombre. Los cambios sólo son válidos cuando los acordemos tu empresa y nosotros.

Cuando la cobertura la proporciona un tercero. Podemos rechazar un reembolso si tienes derecho a recibir una prestación de:

- la seguridad social;
- otra póliza de seguro;
- un tercero.

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

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

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

Circunstancias fuera de nuestro control (causa mayor). Siempre intentamos hacer lo mejor para ti, pero no somos responsables de retrasos o fallos en nuestras obligaciones causados por cosas que están fuera de nuestro razonable control. Ejemplos de esto son fenómenos atmosféricos extremos, inundaciones, corrimientos de tierra, terremotos, tormentas, rayos, fuego, hundimientos, epidemias, actos de terrorismo, acciones de hostilidad militar (se haya declarado una guerra o no), disturbios, explosiones, huelgas u otros conflictos laborales, alteración del orden público, sabotaje y expropiación por las autoridades gubernamentales.

Fraude. No pagaremos ninguna prestación en estos casos:

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

La cantidad de cualquier reembolso que te hayamos pagado antes de descubrir el acto fraudulento o la omisión se nos deberá inmediatamente. Nos reservamos el derecho a informar a tu empresa de cualquier actividad fraudulenta.

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

Protección de datos

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad y tratamos tu información personal. Léelo antes de enviarnos datos personales. Para leerlo visita:

 www.allianzcare.com/es/privacidad

También puedes llamarnos para solicitar una copia en papel.

 [+353 1 630 1304](tel:+35316301304)

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


 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Protocolo para quejas

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

 [+353 1 630 1304](tel:+35316301304)

 client.services@allianzworldwidecare.com

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

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

Para más detalles visita:

 www.allianzcare.com/es/quejas

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

Definiciones

Las siguientes definiciones se aplican a 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.

Administrador de póliza colectiva

Representante de tu empresa designado como punto de contacto entre la empresa y nosotros para los asuntos relacionados con la administración del plan, como altas, pago de primas o renovaciones.

Agudo

Aparición repentina de síntomas o una enfermedad.

Año de seguro

Período que empieza en la fecha en que entra en vigencia el contrato corporativo y que termina en la fecha de vencimiento indicada en el mismo. El año de seguro siguiente coincide con el año especificado en el contrato corporativo.

Asegurados

- Empleados de la empresa, que viajan fuera de su país principal de residencia o del país de su puesto de trabajo (según sean aplicables). Dependiendo del contrato corporativo, la duración del viaje en nombre de la

empresa pueden ser períodos de hasta 180 días al año o el número de días aceptados en el contrato corporativo. Los empleados no deben tener más de 70 años a fin de ser aptos para este Seguro.

- Invitados de la empresa, que viajan a una empresa afiliada con fines empresariales (hasta 180 días por persona al año o número de días aceptados en el contrato corporativo). Un invitado se define como una persona comprometida con la compañía a realizar un viaje de trabajo, pero que no es un empleado (por ejemplo, un socio, un abogado, un cliente, etc.).
- Los cónyuges o parejas de los empleados cubiertos también son aptos para la cobertura de seguro a discreción de la aseguradora, como dependiente. Ponte en contacto con el administrador de póliza colectiva para confirmar si los dependientes son aptos para cobertura en esta póliza.

Asistencia 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 ocupe una cama de hospital.

Asistencia 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).

C

Certificado de seguro

Documento que emitimos y que indica los detalles tu cobertura. Confirma que tu empresa tiene una póliza colectiva de seguro con nosotros.

Cirugía 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.

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.

Ofrecemos cobertura de emergencia para complicaciones durante el embarazo hasta el final de la semana 32 (hasta el final de la semana 25 en el caso de los niños nacidos de partos múltiples), siempre que la madre esté en buen estado al comenzar el viaje de trabajo y no haya nada que indique cualquier tipo de dificultad con el embarazo.

Si se produce un parto inesperado durante un viaje de trabajo antes de la semana 32 del embarazo (o antes del final de la semana 25 en el caso de un embarazo múltiple), cubriremos las intervenciones o los tratamientos necesarios para la madre durante el parto, pero no para la atención del recién nacido.

Complicaciones durante el parto

Solamente hemorragia posparto y retención de placenta.

Contrato corporativo

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

D

Dependiente

Tu cónyuge o pareja, y confirmado como uno de tus dependientes. Solamente los dependientes que viajan junto con el asegurado son aptos para la cobertura.

E

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. Incluyen cargos del hospital, honorarios de especialista, atención pre y posnatal de la madre, y honorarios de comadrona (durante el parto solamente).

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. El siniestro asegurado empieza con la emergencia y termina cuando el tratamiento, como resultado de los hallazgos diagnósticos, deja de formar parte del episodio de emergencia o el paciente es apto para el transporte.

Empresa

Tu empleador (o empresa para la que haces el viaje de trabajo) y cuyo nombre se menciona en el contrato corporativo.

Enfermedad crónica

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

- Es de naturaleza recurrente
- No tiene cura conocida ni generalmente reconocida
- Se considera generalmente que responda bien al tratamiento;
- Requiere cuidados paliativos
- Necesita supervisión u observación prolongadas
- Conduce a una incapacidad permanente

Enfermedades preexistentes

Enfermedades, lesiones o síntomas ligados a tales enfermedades o lesiones, para los que se ha buscado o recibido consejo médico o atención médica en algún momento anterior a tu viaje de trabajo, o que conocías y para las que no buscaste consejo médico ni atención médica, antes de empezar el viaje.

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

Te evacuaremos al centro médico adecuado más cercano (que puede o no encontrarse en tu país principal de residencia o tu país principal de empleo) en ambulancia, helicóptero o avión. La evacuación médica debe solicitarla tu médico y la realizaremos de la forma más económica posible que sea apropiada para tu enfermedad. Después de terminar la atención médica también cubriremos el 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 de tres estrellas en una habitación privada con baño, hasta siete días. No cubrimos los gastos de suites ni hoteles de cuatro o cinco estrellas ni el alojamiento de un acompañante.

Si te hemos evacuado al centro médico adecuado más cercano para recibir atención prolongada, cubriremos los gastos razonables de alojamiento en hotel en una habitación privada con baño. Este 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.



Habitación en 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.

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.



Implantes y materiales quirúrgicos

Son los que se necesitan para cirugías. Incluyen partes del cuerpo artificiales o dispositivos como materiales para articulaciones de reemplazo, tornillos óseos y placas, válvulas de reemplazo, stents cardiovasculares, desfibriladores implantables y marcapasos.

Intervenciones quirúrgicas 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.

M

Medicamentos con prescripción médica

Productos que no pueden comprarse sin receta para tratar un diagnóstico o una enfermedad confirmados o para 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.

Medicamentos dentales con prescripción

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

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.

N

Necesidad médica

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

- Esenciales para identificar y tratar tu enfermedad o lesión.
- Coherentes con tus síntomas, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad subyacente.
- Conformes a la práctica de la medicina generalmente aceptada y los estándares profesionales de la comunidad médica del momento (esto no se aplica a las terapias alternativas si forman parte de tu cobertura).
- Solicitados por razones distintas de tu comodidad o conveniencia o las de tu médico.
- Probados y con valor médico demostrable (esto no se aplica a las terapias alternativas si forman parte de tu póliza).

- Considerados los más apropiados para el tipo y nivel de servicio o material.
- Prestados en las instalaciones apropiadas, en el marco apropiado y con un nivel apropiado de atención para el tratamiento de tu enfermedad.
- Prestados únicamente durante el tiempo apropiado.

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

Nosotros

Allianz Care.

O

Oncología

Honorarios de especialistas, pruebas diagnósticas, radioterapia, quimioterapia y gastos de hospitalización relativos al tratamiento del cáncer, desde el momento del diagnóstico.

P

País del puesto de trabajo

País en el que el asegurado paga impuestos y contribuciones a la seguridad social.

País principal de residencia

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

Pruebas diagnósticas:

investigaciones (como radiografías o análisis de sangre) que se hacen para determinar las causas de los síntomas presentados.

R

Repatriación de restos mortales

Transporte de los restos mortales del asegurado difunto del país donde se encuentra al país de entierro. Cubrimos costes como embalsamamiento, contenedor para el transporte legalmente apropiado, gastos de transporte y las autorizaciones gubernamentales necesarias. Los costes de

incineración están cubiertos solamente cuando la incineración se requiera 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. Debemos aprobar previamente todos los gastos cubiertos relacionados con la repatriación de restos mortales tras envío de un formulario de TGF. Se debe proporcionar un certificado de defunción oficial junto con la confirmación por escrito de un médico sobre la causa de la muerte.

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.

S

Siniestro asegurado

Atención médica de urgencia médicamente necesaria recibida por el asegurado. El siniestro asegurado se deberá a un accidente, una enfermedad aguda, una lesión o una enfermedad según las condiciones generales descritas en esta guía. El siniestro asegurado empieza con la emergencia y termina cuando el tratamiento deja de formar parte del episodio de emergencia o el paciente es apto para el transporte.

T

Terapeuta

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

Transporte local en ambulancia

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

Tratamiento/atención médica

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

Tratamiento ambulatorio

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

Tratamiento dental hospitalario de emergencia

Tratamiento dental agudo de emergencia que se debe a un accidente grave y requiere ingreso hospitalario. El fin de la atención médica es calmar de forma inmediata el dolor dental y debe tener lugar en un plazo de 24 horas desde que se produjo el episodio de emergencia. La cobertura no incluye tratamientos dentales rutinarios, cirugía dental, prótesis dentales, ortodoncia o periodoncia.

Tratamiento de 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.

Tratamiento hospitalario

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

Tratamiento ortomolecular

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

Tú

Persona que trabaja para la empresa y sus dependientes, nombrados en el certificado de seguro.

V

Viaje de trabajo

Ocurre cuando el asegurado viaja al extranjero durante un período de tiempo breve por motivos empresariales. Los días de viaje adicionales anteriores o posteriores al viaje de trabajo y que no se requieren para la necesidad o razón empresarial que causa el viaje de trabajo ni están relacionados con ésta no están cubiertos.

Exclusiones

Aunque cubrimos la mayoría de los gastos necesarios en caso de emergencia médica, los siguientes tratamientos, patologías y procedimientos sanitarios quedan excluidos de la cobertura.

EMERGENCIAS FUERA DE LA DURACIÓN DE LA COBERTURA CONFIRMADA

Emergencias ocurridas antes de la fecha de inicio del seguro indicada en el contrato corporativo, o fuera de la duración de la cobertura confirmada.

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.

ATENCIÓN MÉDICA EN EL PAÍS DE RESIDENCIA

Atención médica en el país principal de residencia, en el país del puesto de trabajo o en cualquier país donde el asegurado ya esté asegurado contra riesgos de salud y accidentes.

ATENCIÓN MÉDICA NO URGENTE

Los gastos de la atención médica no urgente no se cubren.

ATENCIÓN MÉDICA TRAS FINALIZAR EL SINIESTRO ASEGURADO

Atención médica (incluida rehabilitación) necesaria tras finalizar el siniestro asegurado.

CARILLAS DENTALES

Carillas dentales y procedimientos relacionados.

CIRUGÍA PLÁSTICA O ELECTIVA

Cirugía electiva o cirugía cosmética/plástica, salvo cuando sea médicamente necesaria tras un accidente.

COMPLICACIONES CAUSADAS POR ENFERMEDADES NO CUBIERTAS EN TU PLAN

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

CONSULTAS REALIZADAS POR TI O UN FAMILIAR

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

CONTAMINACIÓN QUÍMICA Y RADIATIVIDAD

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

CORRECCIÓN REFRACTIVA DE LA VISTA CON LÁSER

Tratamiento para modificar la refracción de un ojo o de ambos (corrección refractiva con láser).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOMICILIO

Cuidados de enfermería en el domicilio del afiliado ofrecidos por un asistente sanitario o enfermero de cualquier tipo o especialidad.

DEPORTES PROFESIONALES O ACTIVIDADES PELIGROSAS

Atención médica y pruebas diagnósticas para lesiones originadas durante la práctica de deportes a nivel profesional o actividades peligrosas.

DESARROLLO TARDÍO

No se cubre el tratamiento de desarrollo tardío.

DISPOSITIVOS DE AYUDA MÉDICA

Dispositivos de ayuda médica que no son de emergencia como dispositivos para la audición y el habla (por ejemplo: la laringe electrónica), muletas o sillas de ruedas, soportes ortopédicos, miembros artificiales, dispositivos para ostomías, medias o fajas compresoras y plantillas ortopédicas.

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).

EMBARAZO Y PARTO

Costes relacionados con el embarazo y parto, incluidas sus complicaciones y consecuencias, con "Complicaciones durante el embarazo" como única excepción con cobertura hasta el final de la semana 32 o hasta el final de la semana 25 en el caso de un embarazo múltiple, momento de la inclusión de la prestación en la tabla de prestaciones. Esta exclusión incluye, sin carácter limitativo, lo siguiente:

- costes asociados al embarazo y parto;
- costes relacionados con un parto prematuro a menos que los cubra "Complicaciones durante el embarazo";
- coste de cualquier atención médica requerida en caso de que la madre viaje en contra de las recomendaciones del médico o si hay alguna indicación de dificultades con el embarazo;
- coste de viajes cuya finalidad sea dar a luz en el extranjero;
- interrupción voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la mujer embarazada esté en peligro;
- parto en el domicilio;
- atención del recién nacido.

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.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Enfermedades crónicas tal como se describen en la correspondiente definición en este documento.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Enfermedades preexistentes (incluidas las enfermedades crónicas preexistentes), excepto episodios de emergencia agudos elegibles de enfermedades preexistentes o crónicas preexistentes acontecidos mientras el asegurado viaja por negocios.

Además, las enfermedades preexistentes y crónicas preexistentes no están cubiertas en estos casos:

- Recibir tratamiento en el extranjero es el único motivo o uno de los motivos del viaje o
- Tenemos conocimiento o indicios de que la cobertura se adquiere con el propósito de viajar al extranjero para recibir tratamiento para una enfermedad, si el asegurado manifiesta los síntomas de la enfermedad antes de la adquisición de la póliza.

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.

EVACUACIÓN MÉDICA REPATRIACIÓN MÉDICA O REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

Evacuación médica, repatriación médica o repatriación de restos mortales que no hayamos autorizado previamente.

FISIOTERAPIA

Fisioterapia ambulatoria.

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

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

GASTOS POR CUMPLIMENTAR UN FORMULARIO

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

GESTACIÓN SUBROGADA

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

LOGOPEDIA

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

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Medicamentos que pueden adquirirse legalmente sin receta.

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.

ÓPTICA

Lentes de contacto y gafas.

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

TERAPIAS ALTERNATIVAS

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

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Trasplantes de órganos y consecuencias que puedan conllevar.

TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD

Tratamiento de la esterilidad incluyendo reproducción asistida o tratamiento para problemas médicos que surjan de ella.

TRATAMIENTO DENTAL

Tratamiento dental, cirugía dental, periodoncia, ortodoncia, prótesis dentales y tratamiento del conducto radicular, salvo atención dental de emergencia ambulatoria y hospitalaria.

TRATAMIENTO ORTOMOLECULAR

Consulta la definición de «Tratamiento ortomolecular».

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Tratamiento psiquiátrico y psicoterapia.

TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS EXPERIMENTALES O SIN PROBAR

Cualquier tratamiento o medicamento que en nuestra razonable opinión es experimental o cuya eficacia no haya sido probada en el marco de la práctica general de la medicina.

VITAMINAS O MINERALES

Productos clasificados como:

- Vitaminas o minerales
- 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 o nutricionista tampoco están cubiertos, salvo cuando haya una prestación específica en tu tabla de prestaciones.

PRESTACIONES QUE NO INDICADOSESTÁN EN SUTU TABLA DE PRESTACIONES

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

- Gastos de acompañante del paciente evacuado o repatriado
- Oncología
- Trasplante de órganos
- Cuidados paliativos y cuidados a largo plazo
- Terapia oculomotora y terapia ocupacional prescritas
- Tratamiento preventivo
- Revisión rutinaria de la salud y pruebas para la detección de enfermedades
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado evacuado o repatriado
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del asegurado
- Gastos de viaje de los asegurados en caso de fallecimiento o peligro de muerte de un miembro de la familia
- Vacunas

Habla con nosotros, nos encanta ayudar

Si tienes alguna duda, ponte en contacto con nosotros:

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

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

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

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

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

 Correo electrónico: client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax: +353 1 630 1306

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

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/allianzcare

 www.twitter.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) situado 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 legislación 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.