



Cobertura internacional para enfermedades graves – Guía de prestaciones
Válida a partir del 1 de mayo 2021

Avenue

Para el viaje de tu vida

Allianz  Care

Bienvenido

Usted y su familia pueden confiar en que Allianz Care les brindará acceso a la mejor atención posible.

Esta guía tiene dos partes: «Cómo usar su cobertura» es un resumen de toda la información importante que querrá leer antes de usar su cobertura. «Condiciones generales» explica su cobertura con más detalle.

Para sacarle el mejor partido a su cobertura Avenue lea esta guía junto a su certificado de seguro y la tabla de prestaciones.

CÓMO USAR SU COBERTURA

Resumen de la cobertura	4
Servicio de gestión de casos médicos	10

CONDICIONES GENERALES DE LA COBERTURA

Condiciones generales	16
Explicación de su cobertura	18
Pago de una cantidad fija: proceso y condiciones	22
Gestión de casos médicos	24
Pago de primas	28
Administración de su póliza	30
Estas cláusulas también se aplican a su póliza	36
Protección de datos	39
Quejas y procedimiento de resolución de disputas	40
Definiciones	42
Exclusiones	50

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.



CÓMO USAR SU COBERTURA

RESUMEN DE LA COBERTURA

¿Para qué estoy cubierto?

Avenue le cubre a usted (y a sus familiares, si los ha incluido en su póliza como sus dependientes) si alguna vez necesita atención médica para alguno de los siguientes casos médicos graves.

Casos médicos cubiertos para adultos y niños (menores de 18):

- Trasplante de médula ósea
- Cáncer (incluye todos los cánceres de órganos sólidos, linfomas y leucemia)
- Sustitución o reparación de válvula cardíaca (para niños, solo cuando es necesaria a causa de fiebre reumatoide)
- Neurocirugía
- Epilepsia grave

Casos médicos cubiertos para adultos:

- Stent o angioplastia de la arteria coronaria
- Cirugía de bypass de la arteria coronaria
- Trasplante de órgano vivo
- Cirugía vascular mayor

Casos médicos cubiertos para niños (menores de 18):

- Miembros artificiales necesarios tras la pérdida de un miembro en accidente
- Síndrome de Kawasaki
- Meningitis/encefalitis

¿Dónde puedo recibir atención médica?



Esperamos que nunca necesite atención para los casos médicos enumerados anteriormente, pero si alguna vez la necesita puede recibirla en los hospitales y centros médicos incluidos en el tipo de red médica Avenue seleccionado por usted. Esto se indicará en la tabla de prestaciones.

Le enviaremos una lista de los hospitales y centros médicos incluidos en la red seleccionada especializados en su tipo de caso médico. Por ejemplo, si su caso médico es cáncer, le enviaremos una lista de los hospitales en la red seleccionada por usted especializados en el tratamiento del cáncer. Puede elegir el hospital donde desea recibir tratamiento entre los incluidos en esa lista.

Seleccionamos cuidadosamente los hospitales y los centros médicos incluidos en nuestra red Avenue en función de su experiencia médica y los estándares de servicio internacionales. Según el nivel de cobertura elegido puede acceder a los hospitales y centros médicos de nuestra red Avenue en Europa, Asia, Oriente Medio, África y Norteamérica.

Si su plan es Avenue 1 Plus, usted también tiene cobertura para la atención médica apta (que cumple los requisitos) en su país principal de residencia. Si su plan es Avenue 2 Plus o Avenue 3 Plus, usted tiene cobertura para la atención médica apta en su país principal de residencia y en su país de origen declarado, si es diferente de donde reside.

¿Cuándo puedo comenzar a acceder a las prestaciones y los servicios de mi plan?



Puede comenzar a acceder a las prestaciones y los servicios una vez que su médico confirme que usted (o alguno de sus familiares incluidos en su póliza como dependientes) requiere atención médica para alguno de los casos médicos cubiertos. Puede comenzar a usar su cobertura a partir de ese momento. Eso significa que su plan no cubre el coste del diagnóstico inicial de su caso médico. La cobertura está sujeta a las condiciones generales de su plan como se describe en esta guía de prestaciones, en su tabla de prestaciones y en su certificado de seguro.



¿Cómo acceso a la cobertura y cómo funciona?



Todo lo que tiene que hacer es llamarnos lo antes posible, después de que su médico haya confirmado que usted (o alguno de sus dependientes) requiere atención para alguno de los casos médicos cubiertos.

Nuestra línea de asistencia funciona día y noche, todos los días del año. Siempre estamos aquí para atender su llamada:

+353 1 630 1304

Para ver nuestra lista de números gratuitos más reciente, visite www.allianzcare.com/es/pages/toll-free-numbers.html

@ client.services@allianzworldwidecare.com

Cuando nos llame, le pediremos que nos facilite información de respaldo sobre su diagnóstico, la cual evaluará nuestro equipo médico. Si fuera necesario, solicitaremos una segunda opinión médica a un especialista externo internacional para verificar su diagnóstico. Una vez confirmado su diagnóstico inicial y habiendo cumplido el plazo de espera correspondiente, usted puede acceder a nuestro servicio de gestión de casos médicos y prestaciones de inmediato. Además, tiene la opción de recibir el pago de una cantidad fija en lugar de acceder a nuestros servicios de gestión de casos médicos. Consulte su tabla de prestaciones para confirmar los plazos de carencia que se aplican a cada opción.

Esto es lo que las dos opciones significan:



Pago de una cantidad fija

Existe el pago de una cantidad fija en su plan (compruebe la cantidad en su tabla de prestaciones). Si elige la cantidad fija, se la pagaremos en su cuenta bancaria. Si elige esta opción, no podrá acceder a ninguno de los servicios proporcionados a través de nuestro proceso de gestión de casos médicos ni podrá reclamar ninguna prestación de tratamiento incluida en su póliza para ese tipo específico de caso médico.

Sin embargo, si en el futuro tiene un tipo diferente de caso médico que esté cubierto por su póliza, nuevamente tendrá la oportunidad de elegir entre el pago de una cantidad fija y el acceso a la gestión de casos médicos.



Servicio de gestión de casos médicos

Si elige esta opción, le asignaremos un gestor personal de casos médicos. Es un experto médico de nuestro propio equipo médico. Su gestor personal de casos médicos será responsable de administrar una serie de servicios (por ejemplo, la reserva inicial de una cita médica).

Elegir esta opción también le dará derecho a reclamar los costes aptos de su atención médica. Cubriremos los costes de su atención médica hasta que alcance el límite máximo indicado en su tabla de prestaciones. En ese momento, su cobertura para ese tipo específico de caso médico terminará. Sin embargo, si en el futuro tiene un tipo diferente de caso médico que esté cubierto por su póliza, el límite máximo estará disponible nuevamente para usted para su nuevo caso médico.

Consulte la sección “Servicio de gestión de casos médicos” para obtener más detalles. El valor de la cantidad fija disponible en su plan Avenue puede ser menor que el valor de la gestión de casos médicos y las prestaciones que pagamos en su póliza. Consulte su tabla de prestaciones para entender las diferencias de valor entre las dos opciones.

Solo somos responsables de organizar el acceso al tratamiento. Los servicios de gestión de casos médicos no brindan asesoramiento médico o de salud y no sustituyen el asesoramiento, diagnóstico o tratamiento profesional. No somos responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño resultante directa o indirectamente de ningún acto u omisión de ningún proveedor médico externo incluyendo tratamiento, consejo, diagnóstico, diagnóstico erróneo o falta de diagnóstico.

Servicio de terapia y servicios de asesoría legal y financiera



Entendemos que el diagnóstico de una enfermedad grave puede ser preocupante. Con Avenue usted tiene acceso a orientación psicológica y servicios de asesoría legal y financiera para ayudarle a usted y a su familia a enfrentar cualquier desafío que pueda tener tras un diagnóstico de enfermedad grave. Estos servicios ofrecen soporte multilingüe y están

disponibles las 24 horas.

El servicio de orientación psicológica profesional confidencial le brinda a usted y su familia acceso a un asesor clínico a través de consultas en persona, chat online en vivo, teléfono, video o correo electrónico para su comodidad.

Los servicios de asesoría legal y financiera ofrecidos a través de Avenue le pondrán en contacto con un asesor financiero apropiado o profesional legal para ayudarle a encontrar respuestas a las dudas que pueda tener durante su tratamiento.

Permítanos ayudarle:

 **+1 905 886 3605**

Este número no es gratuito. Pero puede haber números locales disponibles. Para ver la lista completa de nuestros «Números de acceso internacional» visite:

 **www.workhealthlife.com/AWCExpats**
(disponible en español, francés e inglés)

Sus llamadas se responden en inglés, pero puede hablar con alguien en otro idioma. Si no hay ningún agente disponible en el idioma deseado podemos organizar servicio de intérprete.

Los servicios de terapia y de asesoramiento están prestados por Lifeworks de Morneau Shepell, sujeto a su aceptación de nuestras condiciones generales. Usted entiende y acepta que AWP Health & Life S.A. sucursal irlandesa y AWP Health & Life Services Limited no son responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño resultante directa o indirectamente de su uso de los servicios de terapia y asesoramiento. Estos servicios pueden estar sujetos a restricciones geográficas.

¿Cómo añado un familiar a mi póliza?



Puede solicitar la inclusión de su pareja/cónyuge o su hijo en su póliza como dependiente simplemente completando nuestro formulario de afiliación, disponible en:

 www.allianzcare.com/personal-avenue.html

Tenga en cuenta que se pueden añadir niños a su póliza una vez que tengan al menos 90 días de edad.

Para más información sobre cómo añadir dependientes, incluyendo importante información sobre cómo añadir niños de partos múltiples, adoptados o de acogida, consulte la sección «Añadir dependientes» en esta guía.

Una vez aceptado emitiremos un nuevo certificado de seguro para reflejar la incorporación de un dependiente. Este nuevo certificado sustituye cualquier versión anterior desde la fecha de inicio indicada en el mismo.



SERVICIO DE GESTIÓN DE CASOS MÉDICOS

Entendemos que buscar atención médica puede ser estresante. Permítanos ocuparnos de la gestión para que usted pueda concentrarse en ponerse mejor.

Cómo funciona

Su gestor personal de casos médicos es un experto de nuestro propio equipo médico. Esto es lo que puede hacer por usted:

01

Primero, revisará los detalles de su caso médico (por ejemplo, informes médicos, resultados de pruebas, etc.). Si es necesario, su gestor de casos médicos le ayudará a organizar una segunda opinión médica con un especialista externo internacional para verificar su diagnóstico. Una vez confirmado su diagnóstico, su gestor de casos médicos hablará con usted para acordar un plan de tratamiento.

02

Su gestor de casos médicos le sugerirá tres países de los incluidos en su red seleccionada como posibles destinos de tratamiento. Una vez que esté de acuerdo con los países para el tratamiento, su gestor identificará una lista de posibles hospitales en aquellos países que están incluidos en nuestra red Avenue. Así le ahorrará tiempo de búsqueda.

Usted deberá informar a su gestor de casos médicos del nombre del hospital de la lista proporcionada que desea elegir para su tratamiento.

Importante:

Si su plan es Avenue 1 Plus, usted también tiene cobertura para la atención médica apta (que cumple los requisitos) en su país principal de residencia. Si su plan es Avenue 2 Plus o Avenue 3 Plus, usted tiene cobertura para la atención médica apta en su país principal de residencia y en su país de origen, si es diferente de donde reside). Informe a su administrador de casos médicos si prefiere recibir tratamiento en el país donde está ubicado para recibir una lista de los hospitales que se encuentran en su país principal de residencia (o país de origen, para Avenue 2 Plus y Avenue 3 Plus).

Si su país de residencia principal (o país de origen) se encuentra en un área donde no tenemos una red de centros médicos, usted mismo puede identificar un hospital adecuado e informar a su gestor de casos médicos sobre su elección. Su gestor de casos médicos le ayudará a completar un formulario de garantía de pago que el gestor necesitará cuando se comunique con el hospital elegido y organice el pago directo de su atención hospitalaria (cuando sea posible).

03

Su gestor de casos médicos se pondrá en contacto directamente con el hospital de su preferencia para programar una cita inicial para usted (para que pueda comenzar su tratamiento). También se pondrá en contacto directamente con el hospital para pagar todos los costes aptos de la atención hospitalaria.

Cuando el hospital esté a más de 50 km de su domicilio, su gestor de casos médicos organizará el desplazamiento (excepto viajes en tren o taxi) y el alojamiento para usted, su acompañante y cualquier donante (si corresponde). Estos costes de viaje están cubiertos hasta los límites de prestación del plan de su elección. Si necesita un viaje en taxi o tren para llegar al destino donde recibir atención médica, hable de su plan de viaje con su gestor de casos médicos. Una vez acordado, puede reservar los viajes en taxi o tren usted mismo y reclamar el coste de las tarifas después.

Para tratamientos en el extranjero dentro de nuestra red Avenue, su gestor de casos médicos también organizará el servicio de asistencia personal para usted, el cual puede incluir servicio de acompañamiento en el país de destino o apoyo con el idioma en el hospital tratante durante su tratamiento en el extranjero.

Desafortunadamente, ciertas cosas no estarán bajo el control de su gestor de casos médicos, como las siguientes:

- Organizar el visado u otros documentos de viaje que puedan ser necesarios para su tratamiento en el extranjero. Desafortunadamente, no estamos legalmente autorizados a hacerlo por usted, por lo que deberá organizar y obtener estos documentos usted mismo.
- Servir de enlace con las autoridades pertinentes si se le niegan los documentos de viaje necesarios o si el control fronterizo le detiene al entrar al país de destino para recibir tratamiento. No seremos responsables de esto.

Sin embargo, si sabe o se da cuenta de que obtener los documentos de viaje relevantes para el tratamiento en un país específico es un problema para usted, su gestor de casos médicos le sugerirá centros médicos adecuados en un país diferente para su consideración de manera que su tratamiento no se retrase.

04

Durante su tratamiento, su gestor de casos médicos se comunicará con usted periódicamente para lo siguiente:

- Verificar el progreso de su tratamiento.
- Informar sobre alternativas de tratamiento disponibles para usted.

Tenga en cuenta que el gestor de casos médicos servicios pretenden asistirle en la coordinación del itinerario de su tratamiento y aliviar la carga administrativa. No proporciona consejo médico o de salud y no es un sustitutivo del consejo, diagnóstico o tratamiento profesionales.

No somos responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño resultante directa o indirectamente de ningún acto u omisión de ningún proveedor médico externo incluyendo tratamiento, consejo, diagnóstico, diagnóstico erróneo o falta de diagnóstico.

Cómo solicitar el reembolso de sus gastos médicos

Tenemos procesos ya organizados con los hospitales de nuestra red Avenue. Eso significa que su gestor de casos médicos podrá organizar el pago de los costes su atención hospitalaria aptos directamente con su hospital, por lo que usted no tendrá que manejar facturas.

Sin embargo, no necesariamente pagaremos directamente todos los costes relacionados con su atención médica. Esto ocurrirá en los siguientes casos:



Sus costes no están relacionados con la atención hospitalaria. Por ejemplo, es posible que deba comprar medicamentos recetados en una farmacia o asistir a consultas ambulatorias. Estos costes ambulatorios están cubiertos por su plan hasta los límites que se muestran en su tabla de prestaciones (si son para servicios y productos médicos incluidos en el plan de tratamiento acordado con su gestor de casos médicos). Para estos costes ambulatorios aptos, deberá pagar por adelantado y luego hacer una solicitud para recibir un reembolso.



Usted ha acordado con su gestor de casos médicos recibir **tratamiento en su país principal de residencia o país de origen en un hospital que no está incluido en nuestra red.** En raras ocasiones puede suceder que el hospital elegido se niegue a aceptar nuestro pago directo por la atención hospitalaria. En este caso, deberá pagar las facturas del hospital por adelantado y luego solicitarnos el reembolso.



Necesita un viaje en taxi o tren para llegar al destino donde recibir atención médica, según lo acordado con su gestor de casos médicos. Los viajes acordados en taxi y tren no los organizamos nosotros, pero reembolsaremos los costes hasta los límites de prestación indicados en su tabla de prestaciones.



Puede usar nuestra aplicación MyHealth o el portal online para solicitar sus costes aptos. Para acceder a MyHealth vaya a:


<https://my.allianzcare.com/myhealth>

Introduzca los datos necesarios, haga una fotografía de las facturas y pulse «Enviar». Una vez que tenemos toda la información necesaria, podemos tramitar y pagar su reembolso en un plazo de 48 horas.


El contenido de la aplicación y el portal online MyHealth tiene carácter únicamente informativo y los usuarios son responsables de sus propias decisiones sobre su salud. La aplicación y el portal online no proporcionan consejo médico o de salud y no son un sustitutivo del consejo, diagnóstico o tratamiento profesionales. Los usuarios entienden y aceptan que Allianz Care y todas las empresas del Grupo Allianz no son responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño, que resulte directa o indirectamente del uso de la aplicación y del portal MyHealth.

Reembolso cuando un niño es el titular de la póliza

Para las pólizas en las que sólo un niño o niños están asegurados, solicitar el reembolso a través de nuestra aplicación o nuestro portal MyHealth no es posible. Uno de los padres o su tutor legal debe solicitar los reembolsos ambulatorios aptos con un formulario de reembolso. Puede encontrar el formulario aquí:

 www.allianzcare.com/cfq

Si tiene alguna consulta relacionada con reembolsos o simplemente desea comprobar la tramitación de algún reembolso enviado, póngase en contacto con nuestra línea de asistencia:

 +353 1 630 1304

Consulte la sección «Reembolsos médicos» en las condiciones generales de esta guía para más información sobre el proceso de reembolso.

Tenga en cuenta también que se aplican límites a los costes médicos que cubrimos y pagamos por usted. Para obtener más información, consulte la sección «Límites de prestación, límite máximo y techo máximo» de esta guía.

Los detalles completos sobre el servicio de gestión de casos médicos están disponibles en la sección «Condiciones generales».







**CONDICIONES
GENERALES
DE LA
COBERTURA**

CONDICIONES GENERALES

Esta sección describe las prestaciones estándar y las condiciones de su póliza Avenue de salud.

Su póliza de seguro médico de Avenue es un contrato anual entre Allianz Care y el asegurado principal cuyo nombre aparece en el certificado de seguro. El contrato se compone de lo siguiente:

- La **guía de prestaciones** (este documento), que explica las prestaciones estándar y las reglas de su póliza. Debe leerse junto a su certificado de seguro y su tabla de prestaciones.
- El **certificado de seguro**. Indica los planes elegidos y la fecha de comienzo y renovación de la póliza (y las fechas de comienzo de la cobertura cuando se añaden dependientes). Si se aplican otras condiciones específicas a su cobertura, éstos se indicarán en el certificado de seguro. También se habrán detallado en la carta de condiciones especiales que le enviaremos antes de que comience a tener efecto su cobertura. Le enviaremos un nuevo certificado de seguro si usted solicita algún cambio que aceptemos, como añadir dependientes; o si aplicamos algún cambio al que tengamos derecho.
- La **tabla de prestaciones**. Muestra los planes seleccionados, el tipo de red aplicable y las prestaciones y servicios disponibles para usted. También confirma las prestaciones en las que se aplican límites de prestación específicos o plazos de carencia. Por último, indica el límite máximo y el techo máximo que se aplican a su plan.
- La **información** que usted (o terceros en su nombre) nos da 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.



EXPLICACIÓN DE SU COBERTURA

El plan seleccionado se indica en la tabla de prestaciones, la cual lista todas las prestaciones para la que está cubierto, los servicios incluidos y los límites que se aplican. Para una explicación de cómo los límites de las prestaciones se aplican a su plan, consulte la sección «Límites de las prestaciones, límite máximo y techo máximo».

Su cobertura está sujeta a lo siguiente:

- Definiciones y exclusiones de la póliza (incluidas también en este guía).
- Cualquier condición especial indicada en su certificado de seguro (y en la carta de condiciones especiales emitida antes del comienzo de la póliza, si las hay).

Cobertura

- a) El ámbito de la cobertura de su póliza se establece en la tabla de prestaciones, el certificado de seguro, cualquier otra cláusula adicional de la póliza, estas condiciones generales y cualquier otro requisito legal aplicable. Reembolsaremos los costes médicos de acuerdo con su tabla de prestaciones y las condiciones generales.
- b) Dentro del alcance de su póliza, usted tiene cobertura para atención médica, costes, servicios y 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 o terapeuta licenciado.

Los costes estarán cubiertos si son razonables y habituales, esto significa que son habituales en el país de tratamiento. Sólo reembolsaremos a proveedores médicos cuando sus cargos sean razonables y habituales, y conforme a la práctica convencional de la medicina generalmente aceptada. Si consideramos que un reembolso es inadecuado, nos reservamos el derecho a reducir o rechazar la cantidad que pagaremos.

Los casos médicos que se han diagnosticado o tratado durante el plazo de carencia no están cubiertos en su plan Avenue, a menos que sean el resultado directo de un accidente que ha ocurrido durante el plazo de carencia. Tales casos médicos relacionados con un accidente se evaluarán y se cubrirán después de cumplirse el plazo de carencia correspondiente.

No se presta cobertura de seguro de viaje. Si quiere tener cobertura adicional para seguro de viaje, es su responsabilidad asegurarse de que usted, sus dependientes, acompañantes o donantes tienen la cobertura adecuada para viajar durante el tratamiento cubierto en su plan Avenue.

La cobertura que Avenue proporciona no es un sustitutivo del seguro médico local obligatorio. La cobertura en algunos países puede estar sujeta a restricciones de seguro de salud locales y es su responsabilidad asegurarse de que su cobertura de salud sea legalmente adecuada. Esta póliza no proporciona 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.

Cuándo empieza la cobertura

El envío por parte nuestra del certificado de seguro se establece como la confirmación de que las personas que figuran en él han sido aceptadas en la póliza. El certificado de seguro confirmará la fecha de inicio de la cobertura. No se pagan prestaciones de la póliza hasta que no se pague la prima inicial; las primas subsiguientes deben pagarse en el plazo establecido.

Para pólizas en las que el titular de la póliza es un **adulto**:

- a) Si hay dependientes incluidos en la póliza, se incluirán en el certificado de seguro junto con el titular de la póliza, con la fecha de inicio de su cobertura.
- b) Todos los adultos incluidos en la póliza pueden permanecer cubiertos hasta cumplir los 70 años. Si alcanzan esa edad cuando el año de seguro aún está vigente, la cobertura terminará para ellos en la fecha de renovación de la póliza siguiente a su 70 cumpleaños.
- c) Los niños incluidos en la póliza pueden permanecer cubiertos hasta el día antes de cumplir 18 años, o hasta el día antes de cumplir 24 años si están estudiando a tiempo completo. Después de ese punto, pueden solicitar su propia póliza.

Para pólizas en las que sólo un **niño o niños** están asegurados:

- a) Sólo sus nombres aparecerán en el certificado de seguro, junto con la fecha de inicio de su cobertura. No aparecerá el nombre del padre o tutor. El primer niño mencionado en el certificado de seguro será el titular de la póliza.
- b) El niño titular de la póliza puede permanecer cubierto hasta que cumpla los 70 años. Si alcanzan esa edad cuando el año de seguro aún está vigente, la cobertura terminará para ellos en la fecha de renovación de la póliza siguiente a su 70 cumpleaños.
- c) Los otros niños incluidos en la póliza pueden permanecer cubiertos hasta el día antes de cumplir 18 años, o hasta el día antes de cumplir 24 años si están estudiando a tiempo completo. Después de ese punto, pueden solicitar su propia póliza.
- d) Hasta que el niño titular de la póliza y los niños dependientes cumplan los 18 años, uno de sus padres o su tutor legal será el propietario legal de la póliza y será responsable de la administración de la póliza, de entender y actuar de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, y se le pedirá que complete y firme los documentos de la póliza en nombre de los menores. Sin embargo, el padre o tutor legal no estará asegurado bajo la póliza. Una vez que el niño asegurado cumpla 18 años, será responsable de actuar sobre sus propios documentos de póliza.

Límites de prestación, límite máximo y techo máximo

Su plan incluye límites de prestación, un límite máximo y un techo máximo (consulte su tabla de prestaciones).

Un **límite de prestación** es la cantidad máxima que pagaremos por una prestación específica, por ejemplo, "Targeted drug therapy" is covered up to £31,540/€38,000/US\$51,300/CHF49,400 under certain plans.

El **límite máximo** es la cantidad máxima que pagaremos por un tipo de caso médico listado en la tabla de prestaciones. Por favor, preste atención a lo que sigue:

- El límite máximo se aplica por caso médico. Eso significa que una vez alcance la cantidad del límite máximo, su cobertura para ese tipo específico de caso médico terminará. Por ejemplo, si su caso médico es «cáncer», dejará de estar cubierto después de usar por completo la cantidad de su límite máximo, incluso si en el futuro se le diagnostica un caso médico con un nuevo cáncer diferente. Sin embargo, si en el futuro tiene un tipo diferente de caso médico que está cubierto por su plan (por ejemplo, trasplante de órgano vivo), la cantidad de su límite máximo estará disponible de nuevo para el nuevo caso médico.
- Si sólo usa parte de la cantidad de su límite máximo para su caso médico, seguirá pudiendo usar el resto en el futuro, si tiene un nuevo caso médico del mismo tipo. Por ejemplo, si su caso médico es «cáncer» y sólo usa parte de la cantidad de su límite máximo para su tratamiento, seguirá pudiendo usar el resto si tiene cáncer otra vez en el futuro.
- El límite máximo también se aplica por persona. Eso significa que, si ha incluido dependientes en su póliza, cada dependiente tendrá acceso a su propio límite máximo, separado de los otros dependientes.

El **techo máximo** es la cantidad máxima que pagaremos en total en su póliza para todos los casos médicos cubiertos. El techo máximo se aplica individualmente a cada persona asegurada en su póliza. Una vez que alguna de las personas incluidas en la póliza alcance el techo máximo, su cobertura terminará y no se renovará su póliza ni podrán contratar una nueva póliza.

Plazos de carencia

Se aplican plazos de carencia a las prestaciones cubiertas en esta póliza. Un plazo de carencia es el tiempo que necesita esperar desde el inicio de su póliza hasta que tiene acceso a las prestaciones cubiertas. Los casos médicos que se han diagnosticado o tratado durante el plazo de carencia no están cubiertos en su plan Avenue, a menos que sean el resultado directo de un accidente que ha ocurrido durante el plazo de carencia. Tales casos médicos relacionados con un accidente se evaluarán y se cubrirán después de cumplirse el plazo de carencia correspondiente. Consulte su tabla de prestaciones para ver qué plazos de carencia se aplican.

Qué ocurre cuando llama para informarnos sobre su caso médico

Cuando llame para informarnos que tiene un diagnóstico o plan de tratamiento para uno de los casos médicos cubiertos por su póliza, aplicaremos el siguiente proceso y las siguientes condiciones:

- **Preautorización:** éste es un requisito previo para acceder a la cobertura de nuestros planes Avenue. El proceso de preautorización lo organizamos tan pronto como llame y nos informe de que tiene un diagnóstico o un plan de tratamiento para uno de los casos médicos cubiertos por su póliza. Para completar el proceso de preautorización, necesitamos que nos dé la documentación médica que describe su diagnóstico y plan de tratamiento (por ejemplo, resultados de pruebas, etc.). Es su responsabilidad proporcionar dicha documentación para iniciar el proceso de preautorización. Podríamos no prestar la cobertura si no nos da la documentación.

Si por alguna razón, durante el proceso de preautorización, identificamos que su enfermedad o los procedimientos médicos requeridos no entran en el ámbito de esta cobertura, le informaremos inmediatamente y le explicaremos los motivos. En ese caso, la cobertura no estará disponible para su caso médico específico.

- **Segunda opinión médica:** cuando sea necesario, solicitaremos una segunda opinión médica a través de expertos médicos externos internacionales. La segunda opinión médica es para confirmar su diagnóstico inicial y el plan de tratamiento propuesto. Este servicio está disponible tanto si prefiere que se le pague la cantidad fija como acceder al servicio de gestión de casos médicos. Tenga en cuenta que la segunda opinión médica la proporciona un proveedor externo ajeno al Grupo Allianz. Allianz Care y todas las empresas del Grupo Allianz no son responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño resultante directa o indirectamente de su uso de estos servicios. Este servicio puede estar sujeto a restricciones geográficas.
- **Su preferencia:** una vez que haya obtenido la preautorización para su caso médico y haya recibido la segunda opinión médica (cuando corresponda), usted puede acceder a nuestros servicios de gestión de casos médicos y prestaciones inmediatamente. Además, tiene la opción de recibir el pago de una cantidad fija en lugar de acceder a nuestros servicios de gestión de casos médicos. Consulte su tabla de prestaciones para confirmar los plazos de carencia que se aplican a cada opción.

Si desea solicitar el pago de una cantidad fija, siga el proceso de la página siguiente.

PAGO DE UNA CANTIDAD FIJA: PROCESO Y CONDICIONES

Si elige que se le pague la cantidad fija disponible en su plan, tenga en cuenta que la persona para la que se solicita la cantidad fija (es decir, el titular de la póliza o cualquiera de los dependientes de la póliza) debe estar viva para reclamar esta prestación.

Una vez que confirme que desea recibir la cantidad fija disponible en su plan Avenue, no podrá acceder a ningún otro servicio disponible a través de nuestra gestión de casos médicos para ese caso médico en particular. Además, no podrá solicitar ninguna prestación de tratamiento para ese caso médico en particular.

El valor de la cantidad fija disponible en su plan Avenue puede ser menor que el valor de la gestión de casos médicos y las prestaciones que pagamos en su póliza. Consulte su tabla de prestaciones para entender las diferencias de valor entre las dos opciones.

Le enviaremos un formulario de solicitud de pago único (junto con una lista de los documentos de respaldo que debe proporcionar para el pago). Deberá completar el formulario y enviárnoslo junto con los documentos de respaldo. Es posible que deba proporcionar más información, si se le solicita. La cantidad fija se le pagará en un plazo de 5 días laborables a partir de la fecha de aprobación.

Por razones de seguridad, antes de pagarle la cantidad fija, le pediremos que proporcione evidencia de su identidad. Nos reservamos el derecho a confirmar la autenticidad de los documentos de respaldo antes de hacer un pago.



GESTIÓN DE CASOS MÉDICOS

Proceso y condiciones

Una vez que se completa el proceso de preautorización, usted tiene acceso a nuestro servicio de gestión de casos médicos para su tratamiento. Tenga en cuenta que se aplican los siguientes procesos y condiciones generales:

- **Itinerario de tratamiento:** una vez que hayamos recibido toda la información médica necesaria para evaluar su caso y se haya proporcionado la segunda opinión médica cuando corresponda, su gestor de casos médicos hablará con usted de las posibles opciones para su plan de tratamiento, teniendo en cuenta sus preferencias personales. Su gestor de casos médicos le explicará los pros y los contras de todas las opciones. Deberá confirmar qué opción de tratamiento desea elegir. Una vez que lo confirme, su gestor personal de casos acordará con usted todo el plan de tratamiento, incluida la parte del tratamiento que se llevará a cabo con hospitalización o de manera ambulatoria, al igual que en su país de residencia o en el exterior (dependiendo del plan Avenue que usted haya elegido).
- **Selección del hospital para el tratamiento:** si elige acceder a nuestro servicio de gestión de casos médicos, estará obligado a recibir su tratamiento en un hospital incluido en nuestra red Avenue. Su gestor de casos médicos le sugerirá tres países de los incluidos en su red como posibles destinos de tratamiento. Una vez que esté de acuerdo con respecto a esos países, su gestor de casos médicos identificará una lista de posibles hospitales de nuestra red Avenue en esos países, para que usted elija. Cuando su gestor de casos médicos selecciona los hospitales para esta lista tiene en consideración su situación médica, el tipo de tratamiento que necesita y su ubicación preferida.

Es necesario que recibamos su confirmación con respecto al hospital que ha elegido dentro del plazo que su gestor de casos médicos le indique cuando le envíe la lista. Si no recibimos su confirmación dentro de dicho plazo, la lista de hospitales original y el plan de tratamiento acordado con nosotros quedarán sin efecto. Sin embargo, si lo solicita nuevamente, reevaluaremos su itinerario de tratamiento y la lista de hospitales en función de su estado de salud en ese momento.

Si su plan es Avenue 1 Plus, usted también tiene acceso a atención médica apta en su país principal de residencia. Si su plan es Avenue 2 Plus o Avenue 3 Plus, usted también tiene acceso a atención médica en su país principal de residencia y en su país de origen. Si no tenemos hospitales de la red Avenue en su país principal de residencia o país de origen, deberá identificar un hospital adecuado e informar a su gestor de casos médicos.

Tenga en cuenta que los servicios de asistencia personal, como el acompañamiento local y la traducción médica, sólo se ofrecen para tratamientos en el extranjero dentro de la red de Avenue.

- **Costes médicos cubiertos:** cubriremos todos los costes aptos por la atención hospitalaria recibida en el hospital seleccionado dentro de nuestra red Avenue (sujeto a las condiciones generales y los límites de su póliza). Pagaremos estos costes directamente a su hospital.

Si el plan Avenue que ha elegido incluye la opción de recibir tratamiento en su país principal de residencia o su país de origen, es posible que dependiendo del país no tengamos hospitales de la red

Avenue afiliados que tengan un acuerdo de pago directo con nosotros. En ese caso, puede acordar con su gestor de casos médicos recibir tratamiento en un hospital que no esté incluido en nuestra red. Su gestor de casos médicos le ayudará a completar un formulario de garantía de pago. Necesitaremos este formulario cuando contactemos con el hospital acordado para organizar el pago de su atención hospitalaria directamente (cuando sea posible). En las raras ocasiones en las que el hospital de su elección rechace nuestro pago directo, necesitará pagar al hospital primero y solicitarnos el reembolso de los gastos después.

Tenga en cuenta que ciertos costes no están cubiertos por su póliza, por ejemplo:

- Costes médicos por atención hospitalaria que reciba en hospitales distintos al específico acordado con su gestor de casos médicos.
- Los costes ocasionados antes de acordar un hospital con su gestor de casos médicos y antes de que organicemos su consulta inicial para comenzar el tratamiento en el hospital de su elección.
- Los costes de atención médica que superen cargos razonables y habituales dentro del país de tratamiento.

Para obtener la lista completa de gastos que su póliza no cubre, consulte la sección «Exclusiones».



Reembolsos médicos

Esta sección se refiere a lo siguiente:

- a) **Los costes médicos ambulatorios aptos que usted paga por adelantado a su proveedor médico y después nos solicita a nosotros.** Los costes médicos ambulatorios aptos son aquellos relacionados con tratamientos/consultas ambulatorios y la compra de medicamentos y materiales, según lo acordado en su plan de tratamiento con su gestor de casos médicos. Reembolsaremos estos costes hasta los límites indicados en su tabla de prestaciones y de acuerdo con las condiciones generales de su plan.
- b) **Costes de atención hospitalaria cargados en un hospital** en su país principal de residencia o su país de origen **que no esté incluido en nuestra red**, cuando usted ha acordado con su gestor de casos médicos recibir tratamiento allí. En raras ocasiones puede suceder que el hospital elegido no acepte el pago directamente de nosotros por la atención hospitalaria. Cuando esto suceda, deberá pagar las facturas del hospital por adelantado y luego solicitarnos el reembolso de esos gastos.
- c) **Los viajes en tren o taxi que pueda necesitar para llegar al hospital de acordado cuando se encuentre a más de 50 km de su domicilio.** Una vez que se acuerde el plan de viaje con su gestor de casos médicos, deberá pagar por adelantado su viaje en tren o taxi y luego solicitarnos el reembolso de esos costes adjuntando las facturas, el comprobante de pago y el acuerdo por escrito con su gestor de casos médicos sobre su plan de viaje. Reembolsaremos estos costes hasta los límites de su tabla de prestaciones.

Con respecto a los costes anteriores, preste atención a las siguientes condiciones:

- **Plazo de solicitud:** Debe enviar todas las solicitudes de reembolso aptas (con nuestra aplicación o nuestro portal MyHealth o mediante el formulario de reembolso) no más tarde de seis meses tras el final del año del seguro, a menos que la ley exija lo contrario. Si la cobertura se cancela durante el año de seguro, debe presentar su 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:** Debe solicitar un reembolso separado para cada persona y para cada enfermedad.
- **Documentos de referencia:** Cuando nos envíe copias de documentos (facturas, recibos, etc.), asegúrese de que guarda los originales. Tenemos derecho a pedirle los originales de los documentos y facturas por razones de auditoría hasta 12 meses tras completar su reembolso. También podríamos pedirle un justificante de pago (extracto del banco o de tarjeta) de las facturas médicas que usted ha pagado. Le recomendamos que guarde copias de toda la correspondencia con nosotros ya que no podemos hacernos responsables de la correspondencia que no nos llega por motivos fuera de nuestro control.
- **Divisa:** Especifique la divisa en la que quiere que le pagemos. 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 le pagamos el reembolso.

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



- **Reembolso:** Solo reembolsaremos los costes aptos dentro del límite de su póliza descrito 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 su reembolso o reducir la cantidad que pagamos.
- **Depósitos:** Si tiene que pagar un depósito antes de iniciar un tratamiento, reembolsaremos este coste cuando el tratamiento haya finalizado.
- **Dar información:** Usted y sus dependientes aceptan ayudarnos a obtener toda la información que necesitamos para tramitar un reembolso. Tenemos derecho a acceder a su 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 usted o sus dependientes no nos ayudan a obtener la información que necesitamos.




PAGO DE PRIMAS

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

Al aceptar la cobertura, usted acepta también pagar la prima indicada en su presupuesto, de acuerdo con el método de pago indicado en el mismo. Debe pagar por adelantado por cada año de seguro de su póliza. La prima debe pagarse inmediatamente después de que aceptemos su solicitud de afiliación. Cuando reciba su factura, compruebe que la prima se corresponde con la cantidad mostrada en su presupuesto y póngase en contacto con nosotros inmediatamente y hay alguna diferencia. No nos hacemos responsables de pagos realizados a través de terceros.

Debe pagar su prima anualmente. Si por alguna razón no puede abonar la prima, debe contactar con nosotros:

 +353 1 630 1304

No pagar la prima inicial o las primas subsiguientes en el plazo establecido podría conllevar la pérdida de cobertura.

Si la prima no se paga en el plazo establecido, tenemos derecho a suspender el contrato mientras el pago siga pendiente. El contrato de seguro se considerará nulo a menos 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.

Los efectos de la rescisión cesarán si el titular de la póliza hace 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 haya solicitudes de reembolso en el período intermedio.

Pago de otros importes

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

- Impuesto sobre la prima del seguro
- IVA
- Otros impuestos o cargos relacionados con su cobertura que tenemos que pagar o cobrarle por ley

Estos cargos podrían estar ya vigentes en el momento de su afiliación, pero podrían introducirse o cambiar después. Su factura mostrará estos impuestos. Si cambian o se introducen otros nuevos, le escribiremos para informarle.

En algunos países podría estar obligado a aplicar un impuesto de retención. Si es su caso, es su responsabilidad calcularlo y pagar esta cantidad a las autoridades competentes además de pagarnos la prima a nosotros.



ADMINISTRACIÓN DE SU PÓLIZA

Añadir dependientes

Usted puede solicitar la inclusión de su pareja/cónyuge o sus hijos (o hermanos, si es un niño titular de la póliza) como dependientes completando el formulario de afiliación correspondiente, que puede descargarse de esta página:

 www.allianzcare.com/personal-avenue.html

Sus dependientes estarán sujetos a evaluación médica y, si se aceptan, la cobertura empezará en la fecha de aceptación.

Tenga en cuenta que sólo se pueden añadir recién nacidos a su póliza una vez que tengan 90 días de edad. Aceptamos solicitudes para niños nacidos de un embarazo múltiple y para hijos adoptados o acogidos.

Cambio de asegurado principal

Si en la renovación nos pide cambiar el titular de la póliza, el nuevo titular propuesto debe cumplimentar el formulario de afiliación y se aplicará una evaluación médica completa. Consulte la sección «Fallecimiento del asegurado principal o de un dependiente» si el cambio solicitado se debe al fallecimiento del titular de la póliza.

Fallecimiento del asegurado principal o de un dependiente

Esperamos que nunca tenga que consultar esta sección. No obstante, si el titular de la póliza o un dependiente fallece, infórmenos por escrito en un plazo de 28 días.

Si el asegurado principal fallece, la póliza se cancelará y se devolverá la prima pagada del año en curso prorrateada, siempre que no se hayan solicitado reembolsos. Podríamos pedir un certificado de defunción antes de hacer la devolución. Opcionalmente, si lo desea, el asegurado que aparece después en el certificado de seguro puede solicitar convertirse en el nuevo asegurado principal y mantener a los demás dependientes. Si se solicita esto en un plazo de 28 días, podríamos decidir no añadir restricciones ni exclusiones especiales a la cobertura distintas de las que ya se aplicaban en el momento del fallecimiento del asegurado principal.

Si fallece un dependiente, se eliminará de la póliza y se devolverá la prima pagada del año en curso prorrateada, para el dependiente fallecido, siempre que no se hayan solicitado reembolsos. Podríamos pedir un certificado de defunción antes de hacer la devolución.

Cambios en su nivel de cobertura

Si quiere cambiar su nivel de cobertura, póngase en contacto con nosotros antes de la fecha de renovación para hablar de sus opciones. La cobertura puede modificarse únicamente cuando se renueve la póliza. Si desea aumentar su nivel de cobertura, le pediremos que complete un formulario de afiliación ya que dichas solicitudes están sujetas a evaluación médica. Podemos aplicar ciertas exclusiones o restricciones a su cobertura y pueden aplicarse nuevos plazos de carencia. Una vez que aprobemos su solicitud, le informaremos por escrito.

Cambio de país principal de residencia

Es importante que nos avise cuando cambie su país principal de residencia. Esto puede afectar su cobertura, la disponibilidad de los servicios incluidos en su plan o su prima incluso si se muda a un área dentro de su red, ya que su plan existente puede no ser válido allí. En algunos países, la cobertura está sujeta a restricciones legales locales relativas al seguro médico, especialmente para los residentes en ese país. Es su responsabilidad asegurarse de que su cobertura médica es legalmente apropiada. Si tiene dudas, consulte con un asesor jurídico independiente, ya que podría sernos imposible seguir cubriéndole. Nuestra cobertura no sustituye a ningún seguro médico obligatorio local.

Cambio de dirección postal o correo electrónico

Le enviaremos toda la correspondencia a la dirección que tengamos registrada a menos que solicite lo contrario. Debe avisarnos por escrito lo antes posible de cualquier cambio en la dirección de su domicilio, lugar de trabajo o correo electrónico.

Correspondencia

Cuando nos escriba, use correo electrónico o correo postal con franqueo pagado. Normalmente no devolvemos los documentos, pero lo haremos si nos lo pide.

Renovación de la cobertura

Sujeto a la sección «Razones por las que su cobertura podría terminar», su póliza se renueva automáticamente al final del año de seguro, siempre que:

- el plan o combinación de planes seleccionados estén disponibles;
- Podamos seguir ofreciéndole cobertura en su país de residencia;
- Los datos de pago que tenemos sigan siendo válidos en la fecha de renovación. Infórmenos si cambia su tarjeta de crédito o su cuenta bancaria.

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

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 que estén vigentes en la fecha de renovación, serán válidos y aplicables para todo el nuevo año de seguro. Podríamos variar la prima, las prestaciones y a las condiciones de la afiliación en el momento de renovar la póliza, incluyendo el cálculo para determinar las primas o la frecuencia de pago. Estas variaciones se aplicarán a la póliza de cada asegurado únicamente a partir de la fecha de su renovación, independientemente de cuándo se introduzca la variación y no añadiremos restricciones o exclusiones particulares a un asegurado que se refieran a enfermedades que han empezado después de la activación de la póliza, siempre que el asegurado haya facilitado toda la información solicitada antes de activar la póliza y que no haya solicitado un aumento del nivel de su cobertura.

Le informaremos por escrito sobre cualquier cambio. Si usted decide no aceptar los cambios, puede cancelar su afiliación y los cambios nunca entrarán en vigencia para su póliza, siempre que cancele su afiliación en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que entran en vigencia los cambios, o bien en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción de la notificación de los cambios, si la notificación llega después de la fecha de entrada en vigencia de los cambios.

Derecho de cancelación

Usted puede cancelar la póliza por entero o solamente la cobertura de algún dependiente en un plazo de 30 días tras la fecha en la que recibe la documentación con las condiciones generales de la póliza, o tras la fecha de comienzo/renovación de la póliza, si ésta es posterior a la primera. No se puede antedatar la cancelación de la afiliación.

Si decide cancelarla, debe cumplimentar el documento "Su derecho a cambiar de idea" que se incluye en su paquete de afiliación. Puede enviarnos este formulario por correo electrónico:

@ underwriting@allianzworldwidecare.com

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

Si cancela su contrato en este plazo de 30, le reembolsaremos la prima abonada para el nuevo año de seguro para cada uno de los miembros de la póliza que se desee cancelar, siempre que no se hayan reembolsado gastos médicos. Si decide no cancelar (ni modificar) su póliza en este plazo de 30 días, el contrato de seguro vinculará ambas partes y deberá abonarse la prima completa por el año de seguro seleccionado.

Razones por las que su cobertura podría terminar

Su cobertura (junto a la cobertura de cualquier familiar a cargo incluido en su póliza) se cancela si:

- si no se abonan las primas en el plazo establecido. Sin embargo, si las primas pendientes se abonan en un plazo de 30 días tras la finalización del plazo de pago, la cobertura se restablecerá sin necesidad de completar un formulario de confirmación de estado de salud.
- si no abona en el plazo establecido cualquier otra cantidad correspondiente a impuestos del seguro u otras tasas que deba abonarnos;
- si el asegurado principal de la póliza fallece. Más información en el párrafo «Fallecimiento del afiliado principal o de un dependiente».
- 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

Consulte la sección «Las siguientes cláusulas también se aplican a su póliza» para obtener más detalles.

- Si usted decide cancelar su póliza avisándonos por escrito en un plazo de 30 días tras la fecha en la que recibió la documentación con las condiciones generales, o tras la fecha de comienzo/renovación de su póliza (si ésta fecha es posterior a la primera). Más información en el párrafo «Derecho de cancelación».

Si se cancela la afiliación por las razones anteriores (aparte de fraude y ocultación de información), se devolverán las primas pagadas para el período siguiente a la cancelación, tras deducir cualquier cantidad que nos deba.

Si su afiliación finaliza, la cobertura de sus dependientes terminará también.

La cobertura también terminará en los siguientes casos:

- Si usted o alguno de sus dependientes alcanza la cantidad del techo máximo indicada en su tabla de prestaciones.
- Si usted o alguno de sus dependientes alcanza la edad de 70 años. En este caso, la cobertura finalizará en la fecha de renovación posterior a su 70 cumpleaños.

Si un dependiente alcanza el techo máximo o cumple 70 años (o 18 para hijos dependientes o 24 si están estudiando a tiempo completo) simplemente se eliminará de su póliza, mientras que su propia cobertura (o la de cualquier otro dependiente de su póliza) continuará. Sin embargo, si usted como titular de la póliza alcanza el límite máximo o cumple 70 años, su cobertura se dará por terminada y el siguiente dependiente nombrado en el certificado de seguro deberá solicitar ser el nuevo titular de la póliza, para mantener la vigencia de la misma tanto para el nuevo titular como los dependientes que están ya en la póliza cuando su cobertura finalice. Si lo solicita en un plazo de 28 días, podemos no añadir, a nuestra discreción, ninguna restricción ni exclusión especial a la cobertura que no se aplicaran ya en el momento su afiliación finaliza póliza.

Vencimiento de la póliza

Al vencer la póliza termina su derecho a cobertura. Hasta seis meses después de la fecha de finalización, reembolsaremos (según los límites y condiciones generales de su póliza) todos los gastos aptos ocasionados durante el periodo de cobertura. Sin embargo, no cubriremos ninguna atención médica que siga recibiendo o que empiece tras el vencimiento de la póliza.



ESTAS CLÁUSULAS TAMBIÉN SE APLICAN A SU PÓLIZA

1. Legislación aplicable.

- Si vive en el Espacio Económico Europeo: Su póliza está sujeta a las leyes y tribunales de su país de residencia, salvo cuando la ley lo disponga de otro modo.
- Si vive fuera del Espacio Económico Europeo: Su póliza está sujeta a las leyes y tribunales de Irlanda, salvo cuando la ley lo disponga de otro modo.

2. **Sanciones económicas.** Esta póliza no proporciona 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.

3. **Las cantidades que pagamos.** Nuestra responsabilidad hacia usted 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.

4. **Quién puede hacer cambios en su póliza.** Nadie, excepto representantes nombrados por usted, puede hacer cambios en su póliza en su nombre. Los cambios sólo son válidos cuando nosotros los confirmemos por escrito.

5. **Cuando la cobertura la proporciona un tercero.** Podemos rechazar un reembolso si usted o alguno de sus dependientes tienen derecho a recibir una prestación de:

- a) la seguridad social;
- b) otra póliza de seguro;
- c) un tercero.

En este caso, tiene que avisarnos y darnos toda la información necesaria. Usted y el tercero no pueden 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 usted cualquier cantidad que hayamos pagado y a cancelar su 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 su 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.

6. Circunstancias fuera de nuestro control (causa mayor). Siempre intentaremos lo mejor para usted, pero no somos responsables de ningún fallo o retraso en nuestras obligaciones causado 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.

7. Fraude.

- La información que usted y sus dependientes nos dan, por ejemplo en el formulario de afiliación u otros documentos, tiene que ser precisa y completa. Si no es correcta si no nos dice cosas que pueden afectar nuestra decisión sobre la cobertura, ello puede invalidar su póliza desde la fecha de inicio. También tiene que contarnos sobre cualquier enfermedad que aparezca entre la presentación del formulario de afiliación y la fecha de inicio de la póliza. Las enfermedades que no nos cuente muy probablemente no estarán cubiertas. Si no está seguro de si cierta información es importante para la evaluación de la cobertura, llámenos y nosotros podremos confirmarlo. Si el contrato se anula por dar información incorrecta u ocultar algún hecho sustancial, le devolveremos la prima pagada hasta la fecha menos el coste de los reembolsos que ya hayamos pagado. Si el coste de los reembolsos supera a la prima, le pediremos la devolución de la diferencia al titular de la póliza.
- No pagaremos ninguna prestación en estos casos:
 - La solicitud de reembolso es falsa, fraudulenta o intencionadamente exagerada.
 - Usted o sus dependientes o algún tercero en su nombre usan medios fraudulentos para obtener beneficio de esta póliza.

La cantidad de cualquier reembolso que le hayamos pagado antes de descubrir el acto fraudulento o la omisión se nos deberá inmediatamente. Si se anula el contrato debido a solicitudes de reembolso falsas, fraudulentas o intencionadamente exageradas o a el uso de medios fraudulentos, no se devolverá la prima ni total ni parcialmente, y se desestimará cualquier reembolso pendiente. En caso de solicitudes de reembolso fraudulentas, se cancelará el contrato desde la fecha en que se descubra el fraude.

8. Cancelación. Cancelaremos la póliza si no ha pagado la prima completa en el plazo establecido. Le avisaremos de la cancelación y el contrato se considerará cancelado a partir de la fecha en la que vence el plazo de pago de su prima. Sin embargo, si la prima se paga en un plazo de 30 días tras la fecha de vencimiento, la cobertura se restablecerá y se reembolsarán los gastos médicos correspondientes al periodo de demora. Si la prima pendiente se paga después del límite de 30 días, usted deberá cumplimentar un formulario de confirmación de estado de salud antes de que se pueda reactivar su póliza, sujeto a evaluación médica.

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

- 10. Servicios prestados por terceros:** Ciertos servicios incluidos en su plan (por ejemplo, segunda opinión médica, reserva de alojamiento y transporte, servicio de asistencia personal, asesoramiento, servicios legales y financieros) se prestan a través de proveedores externos ajenos al Grupo Allianz. Estos servicios están sujetos a las condiciones descritas en su guía de prestaciones y esta tabla de prestaciones. Allianz Care y todas las empresas del Grupo Allianz no son responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño resultante directa o indirectamente de su uso de estos servicios. Estos servicios pueden estar sujetos a restricciones geográficas.
- 11. Servicios que prestamos:** Los servicios de gestión de casos médicos y de reserva de hospital están prestados por nosotros. Estos servicios pretenden asistirle en la coordinación del itinerario de su tratamiento y aliviar la carga administrativa. No prestan consejo médico ni de salud y no sustituyen el consejo, el diagnóstico ni el tratamiento profesionales.

No somos responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño resultante directa o indirectamente de ningún acto u omisión de ningún proveedor médico externo incluyendo tratamiento, consejo, diagnóstico, diagnóstico erróneo o falta de diagnóstico.



PROTECCIÓN DE DATOS

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos su privacidad y tratamos su información personal. Léalo antes de enviarnos datos personales. Para leerlo visite:

🌐 www.allianzcare.com/es/privacidad

También puede llamarnos para solicitar una copia en papel.

☎ [+353 1 630 1304](tel:+35316301304)

Si tiene alguna pregunta sobre cómo tratamos su información personal escribanos.

@ AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com



QUEJAS Y PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS

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

☎ **+353 1 630 1304**

@ **client.services@allianzworldwidecare.com**

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

Su queja será tratada siguiendo nuestro protocolo interno para la gestión de quejas. Para más detalles visite:

🌐 **<https://www.allianzcare.com/es/quejas.html>**

También puede ponerse en contacto con nuestra línea de asistencia para obtener una copia de este protocolo.



Mediación

1. Cualquier desacuerdo respecto a opiniones médicas sobre los resultados de un accidente o una enfermedad se nos debe notificar en un plazo de nueve semanas tras la decisión. Estos desacuerdos se resolverán entre dos expertos médicos nombrados por escrito por usted y nosotros.
2. Si el desacuerdo no se puede resolver según lo establecido en la Cláusula 1, las partes intentarán resolver a través de la mediación, de acuerdo con el Procedimiento Modelo de Mediación del Centro Efectivo de Resolución de Disputas (CEDR - Centre for Effective Dispute Resolution), cualquier disputa, controversia o reclamación en relación con lo establecido en este contrato o con su incumplimiento, terminación o invalidez, cuando se trate de un valor de 500.000 € o inferior y que no pueda resolverse de manera amistosa por las partes. Ambas partes se esforzarán en acordar el nombramiento de un mediador. Si las partes no consiguen llegar a un acuerdo para nombrar a un mediador en un plazo de 14 días, una cualquiera de las partes, avisando a la otra por escrito, puede solicitar al CEDR que nombre un mediador.

Para empezar la mediación, una parte debe enviar por escrito un Aviso de Resolución Alternativa de Conflictos (ADR - Alternative Dispute Resolution) a la otra parte del conflicto, solicitando la mediación. Debe enviarse una copia al CEDR. La mediación empezará no más tarde de 14 días tras la recepción del aviso. Ninguna parte puede llevar a la otra a juicio o comenzar un procedimiento de arbitraje por disputas conforme a esta cláusula 2 hasta que no se haya intentado resolver la disputa a través de la mediación y, o la mediación ha terminado o la otra parte no ha participado en ella (siempre que el derecho a proceder no haya sido menoscabado por una demora). La mediación tendrá lugar en el país de la legislación aplicable. El acuerdo de mediación al que se hace referencia en el Procedimiento Modelo estará sujeto a las leyes del país de la legislación aplicable y tendrá efecto en ese país. Los tribunales del país de la legislación aplicable tendrán jurisdicción exclusiva para resolver cualquier reclamación, disputa o diferencia de opinión relativa a 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 conforme a cláusula 2 pero no haya sido resuelta voluntariamente por mediación en un plazo de tres meses tras la fecha del aviso (ADR);

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

Acciones judiciales

Usted no iniciará ninguna acción judicial para exigir ninguna cantidad bajo la póliza hasta al menos 60 días después de haber presentado, ni más de dos años después de fecha de presentación, salvo cuando lo requiera alguna obligación legal.

DEFINICIONES

Las siguientes definiciones se aplican a las prestaciones de nuestros planes Avenue y otros términos usados en nuestros documentos. Las prestaciones para las que está cubierto se listan en su tabla de prestaciones. Si su plan incluye alguna prestación exclusiva, la definición correspondiente aparecerá en la sección “Notas” al final de su tabla de prestaciones. Cuando estos términos se mencionen en los documentos de su póliza, siempre tendrán los siguientes significados:



A

Accidente: es un 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: se refiere la aparición repentina de síntomas o una enfermedad.

Año de seguro: período que empieza en la fecha en que entra en vigencia su póliza, tal como se indicada 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 en el historial clínico: existen cuando un padre, abuelo, hermano o hijo han sido previamente diagnosticados con la enfermedad en cuestión.

Asegurado: usted y sus dependientes, tal como se indica en el certificado de seguro.

C

Cáncer se refiere a un crecimiento maligno o tumor resultante de una división descontrolada de células que se disemina e invade otros tejidos. Puede presentarse en forma de un tumor sólido o puede estar en la sangre o en el sistema linfático (como en el caso de la leucemia o los linfomas). El cáncer siempre requiere tratamiento ya que representa un riesgo para la vida.

Cubrimos los siguientes tratamientos para el cáncer (consulte su tabla de prestaciones para conocer el límite de prestación aplicable):

- Cirugía para extirpar un tumor o tejido afectado del cuerpo.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Inmunoterapia.
- Terapia de medicamentos dirigidos.
- Terapia hormonal.
- Trasplante de células madre.

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.

Caso médico: se refiere a una combinación de tratamientos, procedimientos, medicación, pruebas y servicios médicos necesarios para tratar una enfermedad o lesión específicas. Su médico tratante le propondrá un plan de tratamiento para un caso médico, que su gestor de casos médicos debe revisar y aceptar. Cada una de las siguientes enfermedades o procedimientos quirúrgicos se considera un caso médico independiente en este plan.

- Miembros artificiales necesarios tras la pérdida de un miembro en accidente
- Trasplante de médula ósea
- Cáncer (incluye todos los cánceres de órganos sólidos, linfomas y leucemia)
- Stent o angioplastia de la arteria coronaria
- Cirugía de bypass de la arteria coronaria
- Sustitución o reparación de válvula cardíaca (para niños, solo cuando es necesaria a causa de fiebre reumatoide)
- Síndrome de Kawasaki
- Trasplante de órgano vivo
- Cirugía vascular mayor (incluyendo cirugía aórtica)
- Meningitis/encefalitis
- Neurocirugía
- Epilepsia grave

Certificado de seguro: documento que emitimos y que indica los detalles su póliza. Confirma que existe un contrato de seguro entre usted y nosotros.

Cirugía ambulatoria: intervención quirúrgica practicada en la consulta de un médico, hospital, clínica o ambulatorio que no requiere que permanezca en el centro médico durante la noche por necesidad médica.

Cirugía de bypass de la arteria coronaria (CABG): es necesaria para mejorar el flujo sanguíneo del músculo cardíaco cuando hay una arteria bloqueada. Se usa un vaso sanguíneo sano de la pierna, el brazo o el pecho para construir un bypass, redirigiendo el flujo sanguíneo y omitiendo la sección de la arteria bloqueada.

Cubrimos la cirugía CABG cuando se aplica al menos una de las siguientes situaciones:

- Existe una estenosis de la arteria coronaria principal izquierda superior al 50%.
- Hay una reducción del diámetro de más del 70% en la arteria descendente anterior izquierda.
- Hay una enfermedad de tres vasos presente junto con una angina de pecho asintomática o estable leve.

Cirugía vascular mayor se refiere a la reparación quirúrgica de los principales vasos afectados por una enfermedad.

Consiste en la escisión y sustitución de la parte dañada del vaso con un injerto, colocación de un stent y/o reparación endovascular mediante un catéter.

Cubrimos la cirugía vascular mayor cuando afecta a las siguientes arterias:

- Aorta torácica y abdominal
- Arterias ilíacas y femorales
- Arterias renales

Consultas ambulatorias pre y posingreso: se refiere a los honorarios de la consulta médica, las exploraciones de diagnóstico y las pruebas ambulatorias necesarias para prepararse para la atención hospitalaria o en hospital de día, y para comprobar después la recuperación de la atención hospitalaria o en hospital de día recibida. Los mismos están cubiertos cuando la atención hospitalaria o en hospital de día recibida es apta según su plan.

Costes de alojamiento en hotel: se refiere a los costos de hotel para:

- El asegurado que recibe atención médica apta en hospital de día, en un hospital a más de 50 km de su domicilio.
- El asegurado que, tras el alta de un tratamiento hospitalario recibido en un hospital a más de 50 km de su domicilio, no esté en condiciones de viajar de regreso a su domicilio por motivos médicos.
- Una persona que acompaña a un asegurado que recibe tratamiento apto en un hospital a más de 50 km de su domicilio. Si el asegurado es un menor de 18 años, los gastos de alojamiento en hotel están cubiertos para ambos padres acompañantes cuando no se disponga de alojamiento en el mismo hospital para uno de ellos.
- Todo donante vivo requerido para el tratamiento apto que reciba el asegurado en un hospital a más de 50 km de su domicilio.

Para el asegurado y cualquier acompañante los gastos de alojamiento están cubiertos desde que el asegurado llega al lugar del hospital hasta que:

- El tratamiento se haya completado (y el médico tratante confirme que la persona asegurada está en condiciones de viajar), o
- Se alcance el límite de prestación indicado en su tabla de prestaciones.

Los costes del hotel se cubrirán hasta el equivalente a la tarifa diaria de una habitación en un hotel de tres estrellas para los planes Avenue 1 y Avenue 1 Plus, hotel de cuatro estrellas para los planes Avenue 2 y Avenue 2 Plus, y hotel de cinco estrellas para los planes Avenue 3 y Avenue 3 Plus. Si la persona asegurada requiere varios viajes a la ubicación del hospital para tratamientos médicos aptos requeridos dentro del mismo caso médico, cubriremos los costes de alojamiento hasta el límite de prestación indicado en su tabla de prestaciones. No cubrimos gastos adicionales, como comidas, llamadas telefónicas, periódicos, etc.

Los costes de alojamiento anteriormente mencionados están cubiertos solo si el hotel está reservado por nosotros. Intentaremos, sujeto a la disponibilidad, reservar un hotel que esté a menos de 10 km del hospital donde el asegurado recibirá tratamiento. Decidiremos las fechas de reserva del hotel en función del programa de tratamiento aprobado. Si usted, algún dependiente, acompañante o donante no se presenta o cancela el alojamiento en el hotel que reservamos, la cantidad de las tarifas de cancelación se deducirá del límite de prestación correspondiente indicado en su tabla de prestaciones. No somos responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño producidos, directa o indirectamente como resultado de la cancelación del alojamiento. Tampoco seremos responsables en caso de que alguno de los usuarios de la habitación no esté satisfecho con el nivel de alojamiento, el tamaño de la habitación, la distribución o la configuración de la cama.

Cuidados a largo plazo: se refiere a la atención durante un período prolongado de tiempo después de que se haya completado el tratamiento agudo, normalmente por una enfermedad que requiere cuidados recurrentes, intermitentes o continuos. Los cuidados a largo plazo se pueden prestar en el domicilio, en un centro comunitario, en un hospital o en un centro de recuperación.

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

D

Dependiente: es su cónyuge o pareja (incluso del mismo sexo) e hijos solteros (incluidos hijastros y niños adoptivos o acogidos) que dependen económicamente de usted y figuran como dependientes afiliados dependientes según su certificado de seguro. En las pólizas en las que el titular de la póliza es menor de edad, los dependientes son los hermanos incluidos en la cobertura. Los niños que figuran en su certificado de seguro como dependientes están cubiertos hasta el día antes de cumplir los 18 años o hasta el día antes de cumplir los 24 años si están estudiando a tiempo completo.

E

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 (revisión o tratamiento) al menos una vez al año. Además tiene una o más de las siguientes características:

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

Consulte la tabla de prestaciones para confirmar si las enfermedades crónicas están cubiertas por su póliza.

Enfermedades preexistentes: son enfermedades en las que se han presentado uno o más síntomas en los 10 años anteriores a la fecha de inicio de su póliza. Esto se aplica independientemente de que usted o sus dependientes hayan visto un médico o recibido atención médica o de si se ha recibido un diagnóstico. Consideraremos una enfermedad preexistente si podemos asumir razonablemente que usted o sus dependientes tenían conocimiento sobre ella.

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

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

Tales enfermedades preexistentes también estarán sujetas a evaluación médica completa. Por lo tanto, es importante que, en los períodos descritos anteriormente, nos informe si se produce algún cambio en su estado de salud o el de sus dependientes. Si no las declara, ello puede invalidar su póliza desde la fecha de inicio.

Consideraremos cualquier enfermedad preexistente declarada y decidiremos las condiciones de aceptación para los casos médicos definidos en esta guía de prestaciones. Solamente consideraremos las enfermedades que hayan ocurrido en los 10 años anteriores a la fecha de inicio de su póliza.

Si declara alguna enfermedad preexistente en su solicitud de afiliación, podemos excluir ciertos casos médicos de su cobertura. Si esto ocurre, se lo diremos por escrito.

No informarnos sobre alguna enfermedad preexistente puede invalidar su póliza desde la fecha de inicio.

Epilepsia grave: se refiere a la epilepsia refractaria/resistente a los medicamentos. Es una forma de epilepsia que no responde al menos a dos medicamentos anticonvulsivos. Cubrimos las siguientes intervenciones quirúrgicas para extirpar el tejido cerebral en la zona donde se originan las convulsiones:

- Cirugía resectiva
- Terapia térmica intersticial con láser

- Estimulación cerebral profunda
- Callostomía
- Hemisferectomía
- Hemisferectomía funcional
- Cirugía para secuelas de encefalitis

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. Esta prestación no incluye honorarios de psiquiatras ni psicólogos.

Evaluación médica: es la evaluación del riesgo de seguro basada en la información que usted nos da cuando solicita la cobertura. Nuestro equipo de evaluación utiliza esa información para decidir las condiciones de nuestra oferta.



Gastos de alojamiento en hospital para un acompañante del asegurado: se refiere a los costes de alojamiento en el hospital para una persona que esté con la persona asegurada cuando está hospitalizada para un tratamiento apto. Estos costes están cubiertos durante la duración del tratamiento de la persona asegurada; están cubiertos para un solo caso de hospitalización por año de seguro. 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.

Gastos de desplazamiento se refiere a los costes de transporte razonables y habituales necesarios para viajar desde su domicilio hasta el lugar acordado donde recibirá atención hospitalaria para un caso médico apto. Los gastos de desplazamiento están cubiertos para el asegurado (el paciente), un acompañante si es médicamente necesario (o ambos padres si el paciente es menor de edad) y cualquier donante vivo (si el tratamiento en el extranjero incluye un trasplante de órgano apto).

Toda la organización del viaje (excepto taxis y viajes en tren) debe estar realizada por nosotros. No cubriremos ningún otro coste de desplazamiento cuando la organización la haga usted o un tercero en su nombre.

En el caso de taxis y viajes en tren, usted será responsable de organizarlos por sí mismo una vez que los haya acordado con nosotros en su plan de viaje. Deberá pagar esos costes por adelantado y luego solicitarnos el reembolso.

Cubrimos los costes de desplazamiento para viajes en avión, tren y taxi (según se necesite y se acuerde previamente con nosotros), hasta el límite de prestación indicado en su tabla de prestaciones y de acuerdo con las siguientes condiciones:

- Vuelos: clase económica estándar (a menos que su plan sea Avenue 3 o Avenue 3 Plus, en cuyo caso los vuelos están cubiertos hasta clase ejecutiva)
- Trenes: cama/asiento estándar (a menos que su plan sea Avenue 3 o Avenue 3 Plus, en cuyo caso las tarifas de tren están cubiertas hasta primera clase)
- Taxis: tarifa estándar

La prestación "Gastos de desplazamiento" no incluye alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados. Si usted, sus dependientes, acompañante o donante no se presentan o cancelan el alojamiento en el hotel que reservamos, la cantidad de las tarifas de cancelación se deducirá del límite de prestación correspondiente indicado en su tabla de prestaciones. No somos responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño producidos, directa o indirectamente como resultado de la cancelación de vuelos, alojamiento, taxis o reservas de tren.

No se presta cobertura de seguro de viaje. Si quiere tener cobertura adicional para seguro de viaje, es su responsabilidad asegurarse de que usted, sus dependientes, acompañantes o donantes tienen la cobertura adecuada para viajar durante el tratamiento cubierto en su plan Avenue.

Gestor de casos médicos: es la persona que ayuda en la planificación, coordinación, seguimiento y evaluación de los servicios médicos en su nombre, con énfasis en la calidad de la atención, la continuidad de los servicios y la rentabilidad.

H

Habitación en hospital: se refiere a la estancia hospitalaria en un hospital público o privado. Si está disponible, se ofrecerá al asegurado una habitación privada o semiprivada. Si ninguna de ellas está disponible, se ofrecerá una sala pública hasta que se disponga de una habitación privada/semiprivada. En este caso, reembolsaremos los costes (si los hubiese) ocasionados en la sala pública. Las habitaciones de lujo y las suites no están cubiertas.

Honorarios de especialista: costes relativos a tratamientos no quirúrgicos realizados o administrados por un especialista.

Honorarios de médico de cabecera: son los cargos por tratamiento no quirúrgico administrado 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.

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.

M

Medicamentos con prescripción médica: 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.

Médico: es una 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 ley del país en el que presta el servicio y que practica la medicina dentro de los límites de su licencia.

Meningitis/encefalitis: se refiere a enfermedades que afectan al cerebro. La meningitis es una inflamación aguda de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal, y que generalmente se presenta con fiebre, dolor de cabeza intenso y rigidez del cuello. La encefalitis es una inflamación del cerebro, generalmente causada por una infección viral o un trastorno autoinmune.

Cubrimos el tratamiento agudo de la meningitis o encefalitis (ya sea en la unidad de cuidados intensivos o no), excluyendo rehabilitación y cuidados a largo plazo.

Miembros artificiales necesarios tras la pérdida de un miembro en accidente: se refiere a los casos en los que, debido a un accidente o una intervención quirúrgica, el paciente necesita un dispositivo artificial que sustituya la extremidad perdida o parte de ella. La pérdida de un miembro no está cubierta si se debe a una enfermedad congénita.

Cubrimos los siguientes tipos de prótesis:

- Dispositivos pasivos
- Dispositivos alimentados por el cuerpo
- Dispositivos biónicos

N

Necesidad médica: se refiere a los tratamientos, servicios o materiales médicos que tienen las siguientes características:

- a) Esenciales para identificar y tratar su enfermedad o lesión.
- b) Coherentes con sus síntomas, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad subyacente.
- c) 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 su cobertura).
- d) Solicitados por razones distintas de su comodidad o conveniencia o las de su médico.
- e) Probados y con valor médico demostrable (esto no se aplica a las terapias alternativas si forman parte de su póliza).
- f) Considerados los más apropiados para el tipo y nivel de servicio o material.
- g) Prestados en las instalaciones apropiadas, en el marco apropiado y con un nivel apropiado de atención para el tratamiento de su enfermedad.
- h) 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.

Neurocirugía: se refiere al tratamiento quirúrgico de enfermedades del cerebro y la médula espinal. Cubrimos la neurocirugía para los siguientes casos:

- Tumores cerebrales (benignos o malignos)
- Aneurismas de arterias cerebrales
- Malformaciones arteriovenosas cerebrales
- Tumores de la médula espinal (benignos o malignos)

Nosotros: Allianz Care.

P

Pago de una cantidad fija: se refiere al pago que le ofrecemos según su tabla de prestaciones si se le diagnostica uno de los casos médicos cubiertos por su póliza. Es una prestación alternativa que puede solicitar por cada caso médico confirmado en lugar del servicio de gestión de casos

médicos y las prestaciones de atención médica. Las condiciones y el proceso para solicitar esta prestación se describen en la sección “Condiciones generales de su cobertura” de esta guía. Esta prestación está sujeta a un plazo de carencia.

País de origen: país del que usted tiene un pasaporte válido o es su país principal de residencia.

País principal de residencia: es el país en el que usted y sus dependientes (si se aplica) residen durante al menos ocho meses al año.

Pareja: persona con la que usted ha convivido en una relación conyugal durante un periodo continuado de 12 meses.

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 usted no tiene cobertura para casos médicos específicos. Su tabla de prestaciones indica qué casos médicos están sujetos a plazos de carencia.

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

R

Razonable y habitual: se refiere a los 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.

Repatriación de restos mortales: es el transporte de los restos del asegurado difunto del país donde estaba recibiendo tratamiento al país de entierro. Está cubierto en el desafortunado caso de que el asegurado muera por causas directamente relacionadas con un caso médico apto, mientras recibe tratamiento fuera de su país de residencia. La repatriación de restos mortales también está cubierta cuando el donante vivo de la persona asegurada (requerido como parte del tratamiento apto) muere fuera de su país de residencia, por causas directamente relacionadas con el procedimiento de donación del órgano. 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.

S

Segunda opinión médica: es la evaluación de los síntomas, los resultados de las pruebas médicas y los registros por parte

de un experto médico externo e independiente. Esto es necesario para confirmar o añadir a un diagnóstico médico inicial y plan de tratamiento propuesto por un médico previamente consultado. La segunda opinión médica también puede ofrecer un enfoque alternativo del diagnóstico y del tratamiento.

Servicio de asistencia personal: se refiere al conjunto de servicios que se prestan al asegurado que recibe tratamiento en el exterior dentro de la red Avenue. El servicio de asistencia personal puede incluir, por ejemplo, el servicio de bienvenida en el hospital u hotel, y servicios de traducción e interpretación durante su tratamiento. Puede prestarlo el hospital directamente o un tercero designado por nosotros.

Síndrome de Kawasaki: también llamado síndrome linfoide mucocutáneo. Es una enfermedad rara que afecta principalmente a niños menores de cinco años. Implica la inflamación de los vasos sanguíneos, los ganglios linfáticos y las membranas mucosas dentro de la nariz, la boca, los ojos y la garganta, fiebre y, en una etapa posterior, dolor en las articulaciones. Pueden ocurrir complicaciones como la afectación de las arterias coronarias.

Los niños asegurados bajo este plan estarán cubiertos para el tratamiento en hospitales públicos o privados dentro de nuestra red Avenue.

Stent o angioplastia de la arteria coronaria: es un procedimiento que se utiliza cuando hay un estrechamiento de la arteria coronaria. El cirujano utiliza un catéter con balón especialmente diseñado para alcanzar el punto de estrechamiento de la arteria coronaria, luego infla el balón para estirar la arteria y restaurar el flujo sanguíneo óptimo. Se puede insertar una malla de alambre (stent) para evitar una nueva oclusión.

Cubrimos la angioplastia de arteria coronaria/colocación de stent si es necesaria para tratar una enfermedad de las arterias coronarias (nos ceñimos a las indicaciones publicadas por la Asociación Americana del Corazón y la Sociedad Europea de Cardiología).

Sustitución o reparación de válvula cardíaca: se refiere a la cirugía que se requiere cuando una de las cuatro válvulas que mantienen el flujo de sangre en la dirección correcta a través del corazón no funciona correctamente. El reemplazo o reparación de válvulas cardíacas está cubierto tanto para adultos como para niños. Sin embargo, se proporciona cobertura para niños cuando el daño de la válvula es adquirido (no congénito).

La intervención quirúrgica puede variar desde una reparación mínimamente invasiva a través de un catéter hasta una cirugía a corazón abierto. Puede tener como objetivo reparar la válvula dañada o reemplazarla con una válvula artificial o una bioprótesis.

Cubrimos la cirugía de válvulas cardíacas si es necesaria para cualquiera de las siguientes enfermedades:

- Estenosis o insuficiencia de la válvula aórtica

- Estenosis o insuficiencia de la válvula mitral
- Estenosis o insuficiencia de la válvula tricúspide
- Estenosis o insuficiencia de la válvula pulmonar

T

Titular de la póliza: es la persona que aparece en primer lugar en el certificado de seguro. Para las pólizas con niños solamente, uno de los padres o el tutor legal de los niños será el propietario legal de la póliza y será responsable de la administración de la póliza, de entender y actuar de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, y necesitará completar y firmar los documentos de la póliza en nombre del menor o los menores. Sin embargo, el padre o tutor legal de las pólizas con niños solamente no estará asegurado bajo la póliza.

Trasplante de médula ósea (allogénico): se refiere al trasplante de células madre sanguíneas sanas de la médula ósea de un donante a un paciente que tiene la médula ósea enferma o dañada.

Cubrimos el trasplante allogénico de médula ósea cuando sea necesario para las siguientes enfermedades:

- Leucemia
- Síndrome mielodisplásico
- Linfomas
- Neuroblastoma
- Sarcoma de Ewing
- Anemia aplásica
- Hemoglobinuria paroxística nocturna

Los costes de los donantes relacionados con los procedimientos allogénicos de médula ósea se cubrirán de la siguiente manera:

- Tipificación de HLA para el donante propuesto
- Procedimiento de extracción de médula ósea
- Recuperación del donante

Consulte su tabla de prestaciones para conocer los límites de prestación aplicables a los costes médicos del donante vivo.

Tenga en cuenta que su póliza no garantiza la disponibilidad de médula ósea de un donante. El trasplante de médula ósea sólo se puede realizar cuando se dispone de la médula ósea de un donante y de acuerdo con las normas y reglamentos que se apliquen en el país donde se realice el tratamiento.

Trasplante de órgano vivo: se refiere a la cirugía para reemplazar un órgano con daño terminal usando una parte o la totalidad de otro órgano en funcionamiento donado por una persona viva (el donante).

Éstos son los trasplantes de órganos que cubrimos:

- Riñón (órgano completo)
- Hígado (órgano parcial)
- Páncreas (parcial)
- Pulmón (parcial)
- Intestino (parcial)

Cubriremos los siguientes tratamientos y procedimientos relacionados con los anteriores trasplantes de órganos:

- Tipificación HLA tanto para la persona asegurada (el paciente) como para su donante potencial.
- Todos los gastos de viaje/gestión de viajes necesarios tanto para el donante como para el paciente, cuando necesiten recibir la cirugía o los tratamientos en otro país.
- Cirugía para extraer el órgano vivo del donante, incluidas las pruebas preoperatorias.
- Cirugía para extraer el órgano dañado del paciente (incluidas las pruebas preoperatorias) y trasplantar el órgano recién donado.
- Procedimientos de cuidados posteriores/recuperación tanto para el donante como para el paciente hasta que sean médicamente aptos para viajar a casa (si se ha realizado la cirugía en el extranjero).
- Procedimientos de cuidados posteriores/recuperación tanto para el donante como para el paciente cuando el tratamiento se recibe en su país de origen.

Tenga en cuenta que su póliza no garantiza la disponibilidad de donantes de órganos. El trasplante de órgano vivo sólo se puede realizar cuando se dispone de un donante y de acuerdo con las normas y reglamentos que se apliquen en el país donde se realice el tratamiento.

Tratamiento: 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 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 inmediatamente después del alta del tratamiento agudo médico o quirúrgico.

Tratamiento en el extranjero: se refiere al tratamiento administrado en un país que es diferente al país principal de residencia. Los tratamientos en el extranjero solo se pueden recibir en un hospital incluido en nuestra red Avenue y deben estar aprobados previamente por nuestro equipo médico para estar cubiertos.

Tratamiento en hospital de día: atención planificada recibida en un hospital o centro ambulatorio durante el día, incluyendo una habitación de hospital y asistencia de enfermería, que no necesita que el paciente se quede por la noche y en la que se da el alta.

Tratamiento hospitalario: es la atención recibida en un hospital cuando sea médicamente necesario quedarse ingresado durante la noche.



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

EXCLUSIONES

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 casos médicos cubiertos en su plan, salvo cuando se indique lo contrario:

Prestaciones que no están en su tabla de prestaciones

Prestaciones, enfermedades, tratamientos, procedimientos médicos y medicamentos que no se listan en su tabla de prestaciones.

Contaminación química y radiactividad

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

Terapia alternativa

Terapias alternativas que existan fuera de la medicina occidental tradicional, por ejemplo, tratamiento quiropráctico, osteopatía, medicina herbal china, homeopatía, acupuntura y podología practicada por terapeutas aprobados.

Complicaciones causadas por enfermedades no cubiertas en su plan

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

Consultas realizadas por un médico fuera del tipo de red disponible en su plan

Consultas hospitalarias o ambulatorias y cualquier medicamento o tratamiento que sea:

- Realizado/recetado por un médico que no es parte de la red indicada en su tabla de prestaciones, a menos que lo autoricemos por escrito, y
- No acordado por escrito con nosotros antes del inicio de su tratamiento, o en cualquier etapa posterior de su tratamiento.

Consultas realizadas por usted o un familiar

Consultas realizadas y medicamentos prescritos por usted, su cónyuge/pareja, sus padres o sus hijos.

Drogadicción y alcoholismo

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

Gastos de naturaleza no médica

Cualquier gasto no médico (por ejemplo, honorarios de intérprete, costes de conexión al Wi-Fi del hospital, comidas, llamadas telefónicas, etc.) ocasionados por la persona asegurada o sus acompañantes, excepto aquellos gastos no médicos listados en su tabla de prestaciones.

Tratamientos y medicamentos experimentales o sin probar

Cualquier forma de procedimiento diagnóstico, 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:

- No tiene licencia para tratar su enfermedad por parte de la FDA, EMA o NICE, o
- No es parte de las directrices para la práctica clínica reconocidas internacionalmente o comunicadas por otras organizaciones médicas de expertos mundiales.

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.

Terapia familiar y de pareja

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

Gastos por cumplimentar un formulario

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

Pruebas genéticas

Pruebas genéticas, excepto las pruebas de receptor genético de tumores.

Visitas a domicilio

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

Lesiones causadas por deportes profesionales o actividades peligrosas

Tratamiento o pruebas diagnósticas para lesiones originadas durante la práctica de deportes profesionales o actividades peligrosas, incluidos, pero no limitados a deportes de montaña, deportes de nieve, deportes ecuestres, deportes acuáticos, deportes automovilísticos o en motocicleta, deportes de combate, deportes aéreos y actividades recreativas peligrosas como el salto con cuerda elástica desde un puente o bungee jumping.

Enfermedades contraídas intencionalmente y lesiones autoinflingidas

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

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 del cáncer.

Casos médicos que se hayan diagnosticado o tratado durante el plazo de carencia

Los casos médicos que se han diagnosticado o tratado durante el plazo de carencia no están cubiertos en su plan Avenue, a menos que sean el resultado directo de un accidente que ha

ocurrido durante el plazo de carencia. Tales casos médicos relacionados con un accidente se evaluarán y se cubrirán después de cumplirse el plazo de carencia correspondiente.

Error médico

Atención necesaria como consecuencia de errores médicos.

Equipamiento no médico

Cualquier gasto ocasionado en la compra o alquiler de sillas de ruedas, camas especiales, purificadores de aire y cualquier otro artículo o equipo similar.

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.

Cirugía plástica

Tratamiento administrado por un cirujano plástico, independientemente del hecho de que sea necesario por razones médicas o psicológicas, y cualquier tratamiento cosmético o estético efectuado para mejorar el aspecto, incluso cuando lo haya prescrito un médico. La única excepción es la cirugía reconstructiva necesaria para restaurar una función o la apariencia después de un accidente que haya causado desfiguración, o como resultado de cirugía para el cáncer, siempre que el accidente o la cirugía tengan lugar durante su período de cobertura.

Enfermedades preexistentes

Enfermedades preexistentes (incluidas enfermedades preexistentes crónicas) presentadas en el periodo de 10 años anterior a la fecha de inicio de su póliza.

Productos de venta libre

Productos que puedan comprarse sin prescripción médica.

Tratamientos reproductivos

Cualquier tratamiento relacionado con la reproducción y la fertilidad.

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

Investigaciones, tratamiento y complicaciones derivadas de:

- Esterilización
- Disfunción sexual (salvo cuando sea resultado de una prostatectomía tras cirugía del cáncer).
- Anticonceptivos (incluyendo la inserción y la extracción de dispositivos anticonceptivos de cualquier tipo, aunque estén prescritos por razones médicas).

Gestación subrogada

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

Interrupción del embarazo

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

Gastos de viaje y alojamiento

Los costes de alojamiento y los costes de viaje hacia y desde las instalaciones médicas (incluidos los costes de aparcamiento) para el tratamiento, excepto cuando nuestro equipo médico lo apruebe y lo organicemos, hasta el límite especificado en su tabla de prestaciones. Además, no se cubrirán los gastos relacionados con el transporte (por ejemplo, tarifa de taxi) desde el hotel que reservamos para usted hasta el proveedor médico que eligió para el tratamiento.

Atención médica en los EE.UU.

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 usted ya conocía:

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

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

Tratamiento fuera del tipo de red disponible en su plan

Tratamiento fuera del tipo de red disponible en su plan, a menos que nosotros lo autoricemos.

Medición de marcadores tumorales

Medición de marcadores tumorales, salvo cuando se le ha diagnosticado previamente el tipo específico de cáncer, en cuyo caso la cobertura puede proporcionarse como parte del plan de tratamiento para el caso médico «Cáncer».

Embarcación en el mar

Desplazamiento o repatriación desde una embarcación en el mar hasta un centro médico en tierra.

Visado y servicios de visado

Visado y servicios de visado requeridos para el asegurado o cualquier acompañante cuando el tratamiento se reciba en el extranjero. Su plan no cubre los costes relacionados con la obtención del visado. Además, el trámite ante la autoridad competente para obtener el visado apropiado estará bajo su responsabilidad, ya que el servicio de visado no está incluido en su cobertura.

Vitaminas y minerales

Productos clasificados como vitaminas y minerales (excepto para tratar síndromes de deficiencia de vitaminas diagnosticados). 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 no están cubiertos.

b) Las siguientes exclusiones adicionales se aplican a casos médicos específicos:

1) Cáncer

Cáncer derivado del SIDA

Cáncer que, en nuestra razonable opinión, esté causado directa o indirectamente por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o por cualquier infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Por esta razón, si se le diagnostica un cáncer, le pediremos que se someta a un análisis de sangre para el VIH, antes de que podamos confirmar si está cubierto para el tratamiento. Si los resultados del análisis de sangre indican la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o anticuerpos del virus, consideraremos que existe una infección por SIDA o VIH y por lo tanto no estará cubierto. Tenga en cuenta que, para el propósito de esta póliza, la definición de SIDA es la publicada por la Organización Mundial de la Salud en 1987 o cualquier revisión posterior de la misma definición hecha por la Organización Mundial de la Salud.

Cáncer derivado de enfermedades preexistentes

Cáncer que surge directa o indirectamente de una enfermedad o cáncer preexistentes (esto significa que ya tuvo este tipo de cáncer en el pasado, incluso aunque fuera antes del inicio de su póliza).

Displasia cervical

Cáncer derivado de displasia cervical.

Cáncer de piel

Cáncer de piel, con excepción de melanomas y carcinomas de células escamosas.

2) Trasplante de órgano vivo

Actuar como donante

Todo trasplante en el que el asegurado sea el donante de una persona que no esté asegurada en su póliza.

Enfermedad hepática alcohólica

Cualquier trasplante necesario como consecuencia de enfermedad hepática alcohólica.

Autotrasplante

Cualquier autotrasplante, a excepción de los trasplantes de médula ósea.

Trasplante de donante fallecido

Cualquier trasplante de un donante fallecido.

Trasplante de órganos comprados

Cualquier trasplante hecho posible gracias a la compra de los órganos necesarios a un donante.

Hable con nosotros, nos encanta ayudar

Si tiene alguna duda, póngase en contacto con nosotros:

Línea de asistencia 24 horas

 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

 Fax: + 353 1 630 1306

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

 www.allianz-care.com

 www.facebook.com/allianzcare

 www.twitter.com/AllianzCare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

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