



Flexicare – Planes de salud a corto plazo para usted y su familia
Válida desde el 1 de junio de 2021

GUÍA

de prestaciones

Bienvenido

Usted y su familia pueden confiar en Allianz Care como su aseguradora para darles acceso a la mejor atención posible.

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

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

Allianz Care es la marca de salud internacional de Allianz Partners. Allianz Partners tiene varias líneas de negocio que incluyen salud internacional, asistencia, viaje y motor.

CÓMO USAR SU COBERTURA

Servicios	5
Entendiendo cómo funciona su cobertura	12
¿Necesita atención médica?	16
Información adicional sobre el reembolso de sus gastos	20

CONDICIONES GENERALES DE LA COBERTURA

Condiciones generales	27
Administración de su póliza	28
Pago de primas	32
Las siguientes cláusulas también se aplican a su cobertura	34
Protección de datos	36
Quejas y procedimiento de resolución de disputas	38
Definiciones	40
Exclusiones	46

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



CÓMO USAR SU COBERTURA



SERVICIOS

Queremos darle el nivel superior de servicio que usted se merece.

En las siguientes páginas le describimos la amplia gama de servicios que ofrecemos. Siga leyendo para ver todo lo que puede aprovechar, desde nuestros servicios seguridad en viaje hasta el programa de asistencia al expatriado.

Hable con nosotros, nos encanta ayudar

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

Línea de asistencia:



Teléfono: **+353 1 630 1304**

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

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



Correo electrónico: client.services@allianzworldwidecare.com



Fax: **+353 1 630 1306**

¿Sabía que...

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

Servicios web

En <https://www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html> puede hacer todo esto:

- Buscar proveedores médicos. No está obligado a acudir a los proveedores listados en nuestro directorio.
- Descargar formularios.
- Acceder a una calculadora del IMC (índice de masa corporal).
- Acceder a nuestras guías de salud
- Acceso a «My expat life». Desde planificar un traslado a instalarse en su nuevo país, encontrará todo lo que necesita saber sobre trasladarse al extranjero en nuestro portal.

Medi24

Medi24 es un servicio de consejo médico prestado por un equipo de profesionales médicos experimentados. Ofrece información y consejos sobre una gran variedad de temas médicos, como tensión arterial y problemas de peso, enfermedades contagiosas, primeros auxilios, vacunas, salud dental, cáncer, incapacidad, logopedia, problemas de infertilidad, pediatría, salud mental y medicina general.

Medi24 está disponible las 24 horas en inglés, alemán, francés e italiano.

 **+44 (0) 31 337 05 01**

Recuerde: para consultas relacionadas con la póliza (por ejemplo el límite de una prestación o el estado de un reembolso), póngase en contacto con nuestra línea de asistencia.



Programa de asistencia al expatriado (PAE)

Cuando surgen dificultades en la vida o en el trabajo, nuestro programa de asistencia al expatriado le ofrece a usted y a sus dependientes apoyo inmediato y confidencial. El PAE, si está cubierto, se muestra en la tabla de prestaciones:

Este servicio profesional está disponible las 24 horas y ofrece apoyo multilingüe sobre una amplia variedad de dificultades, como las siguientes:

- Conciliación de la vida laboral y personal
- Familia y paternidad
- Relaciones
- Estrés, depresión, ansiedad
- Dificultades laborales
- Transición intercultural
- Choque cultural
- Afrontar el aislamiento y la soledad
- Problemas de adicciones

Servicios de apoyo incluidos

El PAE les ofrece a usted y a sus dependientes acceso a los siguientes servicios multilingües las 24 horas:



ASESORAMIENTO PROFESIONAL CONFIDENCIAL*



SERVICIO DE APOYO EN INCIDENTES CRÍTICOS



SERVICIOS DE APOYO JURÍDICO Y FINANCIERO



ACCESO A LA PÁGINA WEB SOBRE BIENESTAR

**El asesoramiento profesional confidencial está disponible de forma presencial, por teléfono, video, correo electrónico o chat online.*

Permítanos ayudarle:



+1 905 886 3605**



 www.workhealthlife.com/AWCExpat
(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.

** Este número no es gratuito. Los números locales están disponibles en varios países. Para ver la lista completa de nuestros «Números de acceso internacional» visite: www.workhealthlife.com/AWC*

El PAE está proporcionado por Morneau Shepell Limited y está sujeto a su aceptación de nuestras condiciones generales. Usted entiende y acepta que AWP Health & Life SA sucursal irlandesa o AWP Health & Life Services Limited no son responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño causado directa o indirectamente por su utilización de los servicios del PAE.



Servicios de seguridad en viaje

En un mundo que presencia una escalada en las amenazas a la seguridad, los servicios de seguridad en viaje ofrecen acceso las 24 horas a información y consejo sobre seguridad personal para sus consultas sobre seguridad en viaje, por teléfono o correo electrónico o en la página web. Su tabla de prestaciones muestra si su plan incluye estos servicios.

Puede acceder a lo siguiente:



LÍNEA DE ASISTENCIA PARA EMERGENCIAS DE SEGURIDAD

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



INTELIGENCIA SOBRE EL PAÍS Y ASESORAMIENTO EN SEGURIDAD

Información y consejo sobre seguridad relativos a muchos países.



NOTICIAS DIARIAS Y ALERTAS DE SEGURIDAD EN VIAJE POR CORREO ELECTRÓNICO

Suscríbase y reciba alertas sobre sucesos de alto riesgo en su ubicación o áreas cercanas, incluyendo terrorismo, agitación civil y riesgos meteorológicos graves.

Para acceder a los servicios de seguridad en viaje póngase en contacto con nosotros:



+44 207 741 2185

Este número no es gratuito



allianzcustomerenquiries@worldaware.com



my.worldaware.com/awc

Regístrese introduciendo su número de póliza



Descargue la aplicación «TravelKit» de la App Store o Google Play.



Todos los servicios de seguridad en viaje se prestan en inglés. Existe servicio de intérprete si se solicita.

Los servicios de seguridad en viaje están proporcionados por un proveedor externo, sujeto a su aceptación de las condiciones generales de AWP. Usted entiende y acepta que AWP Health & Life SA sucursal irlandesa o AWP Health & Life Services Limited no son responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño causado directa o indirectamente por su utilización de los servicios de seguridad en viaje.

ENTENDIENDO CÓMO FUNCIONA SU COBERTURA

¿Para qué estoy cubierto?

Usted y sus dependientes están cubiertos para la atención médicamente necesaria y los costes, servicios y suministros que surjan de la aparición o empeoramiento de una enfermedad, según su tabla de prestaciones. 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, dentista o terapeuta licenciado.

Su también 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).
- Cualquier cláusula adicional, estas condiciones generales y cualquier otro requisito legal.
- **Que los costes sean razonables y habituales.** Los costes que son habituales en el país en que se presta la atención médica. Solamente reembolsaremos proveedores médicos cuando sus cargos sean conforme a los procedimientos médicos estándar y generalmente aceptados. Si consideramos un reembolso inadecuado, nos reservamos el derecho a rechazar o reducir la cantidad que pagamos.

No cubrimos enfermedades preexistentes según las condiciones de esta póliza.

Esta póliza de seguro no proporciona cobertura ni prestaciones cuando la cobertura o las prestaciones violen alguna sanción, ley o reglamentación aplicable en los Estados Unidos, en la Unión Europea o en cualquier otra área económica o comercial aplicable.

¿Dónde puedo recibir atención médica?

Puede recibir atención médica en cualquier país de su área de cobertura (indicada en su certificado de seguro).

Si la atención médica que necesita está disponible a nivel local, pero decide recibirla en otro país de su área de cobertura, le reembolsaremos los gastos médicos que cumplen los requisitos de su cobertura (aptos) según los límites de su plan, excepto los gastos de viaje. Si la atención apta no está disponible localmente y su cobertura incluye «Evacuación médica», los gastos de transporte hasta el centro competente más cercano también están cubiertos. Para pedir el reembolso de los gastos médicos y de

transporte ocasionados en estas circunstancias, necesitará cumplimentar y enviar un formulario de garantía de pago antes del viaje.

Está cubierto para los gastos aptos ocasionados en su país de origen, siempre que ese país esté en su área de cobertura.

¿Qué son los límites de las prestaciones?

Su cobertura puede estar sujeta a un **límite máximo del plan**. Esto es el máximo que pagaremos en total por todas las prestaciones incluidas en el plan por asegurado y por periodo de seguro, es decir 3, 6 o 9 meses.

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

- El término «100%» aparece en la prestación.
- Se aplica un límite específico de prestación. Esto es cuando la prestación está limitada a una cantidad específica (por ejemplo 250 €).

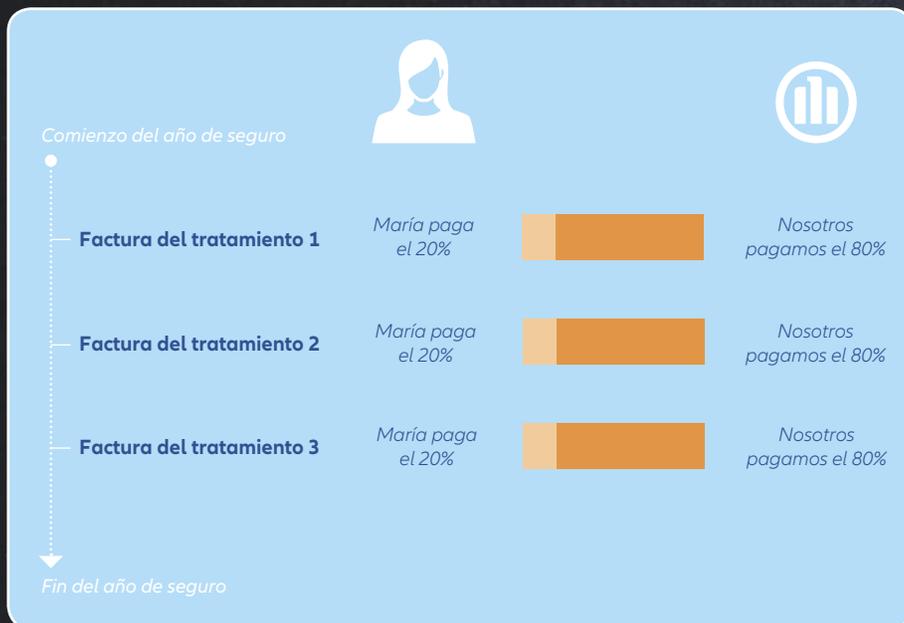
Los límites de prestación se aplican por periodo de seguro.

En algunos casos, además del límite de prestación, sólo pagaremos un porcentaje de los costes de esa prestación específica, por (ejemplo 80%, máx. 300 €).



¿Qué son los copagos?

Un **copago** es un porcentaje del gasto médico que paga usted. En el siguiente ejemplo, María necesita varios tratamientos dentales a lo largo del año. Su prestación de tratamiento dental tiene un 20% de copago, lo que significa que nosotros pagaremos el 80% del coste de cada tratamiento apto.



La cantidad total reembolsable por nosotros puede estar sujeta al límite máximo del plan.



¿NECESITA ATENCIÓN MÉDICA?

Entendemos que buscar atención médica puede ser estresante. Siga los siguientes pasos para que podamos ocuparnos de la gestión mientras usted se concentra en ponerse mejor.

Compruebe su nivel de cobertura

Primero, compruebe que su plan cubre la atención que usted requiere. Su tabla de prestaciones confirmará lo que está cubierto. De todos modos siempre puede llamar a nuestra línea de asistencia si tiene alguna consulta.

Algunos tipos de atención médica necesitan nuestra preautorización

Su tabla de prestaciones indicará qué tipos de atención médica necesitan nuestra preautorización (con un formulario de garantía de pago). Normalmente es atención hospitalaria y de alto coste. El proceso de preautorización nos ayuda a evaluar cada caso, a organizar todo con el hospital antes de su llegada y a hacer el pago directo al hospital más fácil, cuando sea posible.

Si solicita un reembolso sin obtener nuestra preautorización, se aplicará lo siguiente:

- Si posteriormente se demuestra que la atención recibida no era médicamente necesaria, **nos reservamos el derecho a rechazar su reembolso.**

Si posteriormente se demuestra que la atención recibida era médicamente necesaria, pagaremos el 80% de las prestaciones hospitalarias y el 50% de otras prestaciones.

Atención hospitalaria

(Se aplica la preautorización)



Descargue un formulario de garantía de pago de nuestra página web:
<https://www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html>



Complete el formulario y envíenoslo al menos **cinco días laborables** antes de la atención médica. Puede enviarlo por correo electrónico, fax o correo postal a la dirección indicada en el formulario.



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

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

En caso de emergencia:

Reciba la atención médica de emergencia que necesita y llame a la línea de asistencia si necesita ayuda.

Si le hospitalizan, usted, su médico, uno de sus dependientes o un compañero debe llamar a nuestra línea de asistencia (**en un plazo de 48 horas** tras la emergencia) para informarnos de la hospitalización. Podemos tomar los datos para la garantía de pago al teléfono cuando nos llame.

Solicitar el reembolso de sus gastos ambulatorios y de otro tipo

Si la atención que necesita no requiere preautorización, simplemente puede pagar la factura y solicitarnos el reembolso de los gastos. En este caso, siga estos pasos:



Reciba la atención médica y pague al proveedor.



Pídale una factura a su proveedor médico.

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



Envíe el formulario de reembolso totalmente completado junto a sus facturas a claims@allianzworldwidecare.com



Rápida tramitación de solicitudes

Una vez que tenemos toda la información necesaria, podemos tramitar y pagar un reembolso en un plazo de 48 horas. No obstante, sólo podemos hacer esto si nos ha dicho el diagnóstico, así que asegúrese de que lo incluye en su solicitud. Si no, tendremos que pedirle los datos a usted o a su médico.

Le escribiremos por correo electrónico o postal para avisarle cuando el reembolso esté tramitado.



INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL REEMBOLSO DE SUS GASTOS

Reembolsos médicos

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

- **Plazo de solicitud:** Debe enviar todas las solicitudes de reembolso no más tarde de seis meses tras la finalización del periodo de seguro. Después de este periodo, no estamos obligados a tramitar el reembolso.
- **Envío de solicitudes de reembolso** 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:** Sólo reembolsaremos (dentro de los límites de su póliza) los costes aptos tras considerar cualquier preautorización, franquicia o copago descritos en la tabla de prestaciones.
- **Costes razonables y habituales:** Sólo reembolsaremos los cargos que sean razonables y habituales según los procedimientos médicos estándar y generalmente aceptados. Si consideramos un reembolso inadecuado, nos reservamos el derecho a rechazar 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.



Atención médica necesaria por culpa de terceros

Si solicita el reembolso de gastos médicos necesarios por culpa de terceros, debe escribirnos y contárnoslo lo antes posible. Por ejemplo, si necesita atención médica por una lesión provocada en un accidente de tráfico del que usted no tiene la culpa. Haga lo posible para obtener los datos del seguro de la persona responsable. Así podremos recuperar de la otra aseguradora el coste de los gastos médicos que le hayamos pagado. Si recibe por parte de terceros el reembolso de algún gasto que ya le hayamos pagado, deberá devolvérsenos esa cantidad (y cualquier interés derivado).

Evacuaciones y repatriaciones

A la primera señal de que necesita una evacuación o repatriación, llame a la línea de asistencia 24 horas y nosotros nos ocuparemos. Debido a la urgencia, le aconsejamos que nos llame por teléfono si es posible. No obstante, también puede contactar con nosotros por correo electrónico.

Si nos escribe, incluya en el asunto «Urgente - Evacuación/Repatriación».

Contacte con nosotros antes de hablar con proveedores, aunque ellos se pongan en contacto con usted, para evitar cargos excesivos y retrasos innecesarios en la evacuación. En caso de que la evacuación o repatriación no esté organizada por nosotros, nos reservamos el derecho a rechazar el reembolso de los gastos.

☎ +353 1 630 1304

@ medical.services@allianzworldwidecare.com





Atención médica en los EE.UU.

Para encontrar un proveedor

Si tiene cobertura mundial y está buscando un proveedor en los EE.UU. vaya a:

 <https://azc.globalexcel.com/>

Para más información o para una cita

Si tiene alguna duda sobre algún proveedor médico o si ya ha elegido un proveedor y desea organizar una visita, llámenos.

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



Para medicinas

Puede pedir una tarjeta de descuento en farmacias que puede usar con cualquier medicina que no esté cubierta por su plan. Para registrarse y obtener la tarjeta de descuento vaya a la siguiente página web y haga clic en «Print Discount Card»:

 <http://azc.globalexcess.com/find-a-pharmacy/>





**CONDICIONES
GENERALES
DE LA
COBERTURA**



CONDICIONES GENERALES

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

Su póliza de seguro de salud es un contrato anual entre los asegurados nombrados en el certificado de seguro y nosotros. El contrato se compone de lo siguiente:

- La **guía de prestaciones** (este documento), que explica las prestaciones estándar y las reglas de su póliza de seguro de salud. Debe leerse junto a su certificado de seguro y su tabla de prestaciones.
- El **certificado de seguro**. Indica los planes elegidos, la fecha de comienzo y fin de la póliza y el área geográfica de cobertura. Si se aplican otras condiciones específicas a 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 certificado de seguro actualizado si hacemos algún cambio al que tengamos derecho.
- La **tabla de prestaciones**. Indica los planes elegidos y las prestaciones disponibles, e indica qué prestaciones requieren el envío de un formulario de garantía de pago, También confirma qué prestaciones tienen límites de prestación, plazos de carencia, franquicias o copagos.
- 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.

ADMINISTRACIÓN DE SU PÓLIZA

Cuándo empieza la cobertura

Quando reciba su certificado de seguro, será nuestra confirmación de que está aceptado en la póliza. Confirmará la fecha de inicio de su cobertura. No se pagará ningún reembolso en su póliza hasta que haya pagado la prima por completo.

La cobertura de los dependientes (si los hay) comenzará en la fecha de validez indicada en su certificado de seguro, en el cual aparecen como sus dependientes. Su afiliación puede continuar mientras usted siga siendo el titular de la póliza y, para los niños, mientras no superen el límite de edad establecido. Los hijos dependientes pueden estar cubiertos en su póliza hasta el día anterior a su 18 cumpleaños o el día anterior a su 24 cumpleaños si cursan estudios a tiempo completo. Después de ese tiempo, pueden solicitar su propia cobertura. Los dependientes deben incluirse en el momento de la solicitud de afiliación. No pueden añadirse después de la fecha de vigencia 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.

Cambio de país de residencia

Es importante que nos informe cuando cambie su país de residencia, ya que esto podría afectar a la cobertura o a la prima, incluso aunque se traslade a un país incluido en su área geográfica de cobertura, ya que su cobertura podría no ser válida allí. En algunos países, la cobertura está sujeta a restricciones legales relativas al seguro médico local, especialmente para los residentes de esos países. 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 dándole cobertura. La cobertura que proporcionamos no puede considerarse como un sustitutivo del 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.

Su derecho a cancelar

Usted puede cancelar el contrato para todos los asegurados o solamente para algún dependiente en un plazo de 30 días tras la fecha en la que recibe las condiciones generales de su póliza, o tras la fecha de comienzo de la póliza, cualquiera que sea posterior. No puede antedatar la cancelación de la afiliación.

Si decide cancelarla, cumplimente el documento «Su derecho a cambiar de idea» que se incluye en su paquete de afiliación. Puede enviarnos este documento por correo electrónico.

@ underwriting@allianzworldwidecare.com

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

Si cancela su contrato en este plazo de 30 días, tendrá derecho a la devolución de la prima del nuevo año de seguro pagada para cada uno de los asegurados cancelados, siempre que no se hayan reembolsado gastos médicos. Si decide no cancelarla (ni modificarla) en este plazo de 30 días, el contrato de seguro vinculará ambas partes y deberá pagar la prima completa para el año de seguro, de acuerdo con la frecuencia de pago seleccionada.

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.
- 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 de su póliza (si ésta fecha es posterior a la primera). Consulte la sección «Derecho de cancelación» para más información.

Si se cancela la afiliación por razones que no sean el fraude o la omisión de información, se devolverán las primas abonadas para el período siguiente a la cancelación, tras deducir cualquier cantidad que se haya reembolsado por gastos médicos.

Si su afiliación termina, la cobertura de sus dependientes termina también.

Vencimiento de la póliza

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



PAGO DE PRIMAS

Las primas de cada periodo de seguro se basan en la edad que cada asegurado tiene en la fecha de comienzo del periodo de seguro, en el área de cobertura, en el país de residencia del asegurado principal, en la tarifa de primas vigente y en otros factores de riesgo que pueden afectar materialmente 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 para la duración de la cobertura. La **inicial 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 la prima en la divisa que eligió al solicitar la cobertura. Si por alguna razón no puede abonar la prima, contacte con nosotros:

 **+353 1 630 1304**

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

Si la prima inicial no se abona dentro del 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. Si no se paga la prima inicial en el plazo, podríamos establecer, por escrito y a su cargo, un límite de tiempo no inferior a dos semanas para que pague la cantidad pendiente. Después de ese plazo, podríamos rescindir el contrato por escrito con efecto inmediato, quedando exento de reembolsos.

Los efectos de la rescisión cesarán si 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 no 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.



LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS TAMBIÉN SE APLICAN A SU COBERTURA

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. **Uso de Medi24.** El servicio de consejo médico Medi24 y su información y recursos relacionados con la salud son de gran ayuda, pero no sustituyen el consejo médico profesional o la atención que recibe de su médico. Este servicio no está concebido para usarse para diagnósticos o tratamientos y no debe contar con él para esos fines. Pídale siempre consejo a su médico antes de empezar un tratamiento o si tiene preguntas sobre una enfermedad. No somos responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño producidos directa o indirectamente como resultado de su uso de Medi24 o de la información y los recursos proporcionados por este servicio. Las llamadas realizadas a Medi24 se graban y podrían utilizarse para formación del personal y control de calidad y legalidad.

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**

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, por favor escribanos:

☎ **+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 nuestros planes de salud. Las prestaciones para las que está cubierto se listan en su tabla de prestaciones. Si su plan incluye alguna prestación no incluida aquí, la definición 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.

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.

Asistencia ambulatoria de emergencia: atención recibida en una unidad de urgencias en las primeras 24 horas tras un accidente o una enfermedad repentina, sin que haya necesidad médica de ocupar una cama de hospital. Si su póliza incluye un plan ambulatorio, le cubrirá para atención ambulatoria que exceda el límite de la prestación «Asistencia ambulatoria de emergencia». En ese caso se aplicarán las condiciones del plan ambulatorio.

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

C

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.

Copago: es el porcentaje del coste que usted debe pagar. Se aplican por persona y por año de seguro, salvo cuando la tabla de prestaciones indique lo contrario. Algunos planes podrían incluir un copago máximo por asegurado y por año de seguro y en estos casos la cantidad del copago estará limitada a lo indicado en la tabla de prestaciones. Los copagos pueden aplicarse por separado a los planes principales, ambulatorios, dentales, de maternidad o de repatriación; o a una combinación de estos planes. Para más información sobre los copagos consulte la sección «¿Qué son las franquicias y los copagos?» en esta guía.

D

Dependiente: es su cónyuge o pareja e hijos solteros nombrados como dependientes en su certificado de seguro. Los hijos están cubiertos hasta el día anterior a su 18 cumpleaños, o el día anterior a su 24 cumpleaños si cursan estudios 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 algún momento de su vida o la de sus dependientes. Esto se aplica independientemente de que usted o sus dependientes hayan visto un médico o recibido atención médica. Consideraremos una enfermedad preexistente si podemos asumir razonablemente que usted o sus dependientes tenían

conocimiento sobre ella. Su póliza no cubre enfermedades preexistentes.

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 estarán sujetas a evaluación médica y no se cubrirán.

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

Evacuación médica: se aplica en las siguientes situaciones:

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

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

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

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

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

Debe contactar con nosotros a la primera señal de que necesita una evacuación. Desde ese momento nosotros organizaremos y coordinaremos la evacuación hasta que usted llegue de forma segura a su destino para ser atendido.

Si la evacuación no la hemos organizado nosotros, nos reservamos el derecho a rechazar el reembolso de todos los gastos incurridos.

Evaluación médica: 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.

F

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

G

Gastos de acompañante del paciente evacuado o repatriado:

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

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

gastos de la estancia en el hospital de uno de los padres durante el tiempo en que el menor está hospitalizado para recibir atención médica apta. Si no hay camas adecuadas disponibles en el hospital, pagaremos los gastos equivalentes a la tarifa de una habitación de hotel de tres estrellas. No cubrimos gastos adicionales, como comidas, llamadas telefónicas, periódicos, etc. Consulte su tabla de prestaciones para comprobar si se aplican límites de edad para el menor hospitalizado.

Gastos de viaje de los asegurados en caso de fallecimiento o peligro de muerte de un miembro de la familia:

son los gastos razonables de transporte de los familiares asegurados para estar con un familiar de primer grado que está en peligro de muerte o que ha muerto (hasta la cantidad especificada en la tabla de prestaciones). Se consideran costes razonables de transporte los gastos de transporte de ida y vuelta en tarifa económica.

Se consideran familiares de primer grado: el cónyuge o pareja, el padre o la madre, hermanos/as e hijos (incluyendo hijos en adopción, de acogida o hijastros). Cuando solicite el reembolso, incluya copias de los billetes de viaje y el certificado de defunción o certificado médico que respalden la razón para viajar. Cubriremos un reembolso durante toda la duración de la póliza. La cobertura no incluye alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.

Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado evacuado o repatriado: se refiere a los gastos razonables de transporte para todos los familiares asegurados del asegurado evacuado o repatriado, incluyendo menores que de lo contrario se quedarían desatendidos. Si los dependientes no pueden viajar en el mismo vehículo que la persona evacuada o repatriada, pagaremos el viaje de ida y vuelta en clase turista.

La prestación «Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado repatriado» se cubre si tiene un plan de repatriación. La cobertura no incluye gastos de alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.

H

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

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

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 del país en el que presta el servicio y que practica la medicina dentro de los límites de su licencia.

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.

Nosotros: Allianz Care.



Obesidad: se diagnostica cuando el índice de masa corporal (IMC) de una persona es superior a 30. Hay una calculadora de IMC disponible en <https://www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html>

Oncología: se refiere a honorarios de especialistas, pruebas diagnósticas, radioterapia, quimioterapia y gastos de hospitalización relativos al tratamiento del cáncer, desde el momento del diagnóstico. También cubrimos el coste de artículos protésicos por razones cosméticas, como una peluca en caso de pérdida de cabello o un sujetador protésico después del tratamiento del cáncer de mama.



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

País principal de residencia: país en el que usted y sus dependientes (si los tiene) viven durante más de seis meses al año.

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

Periodo de seguro: es el periodo de cobertura tal como se muestra en el certificado de seguro.

Plazo de carencia: periodo de tiempo que empieza en la fecha de inicio de su póliza (o la fecha de entrada en vigencia si es un dependiente), durante el cual no tiene cobertura para prestaciones específicas. Las prestaciones sujetas a plazos de carencia se indican en su tabla de prestaciones.

Pruebas diagnósticas: investigaciones como radiografías o análisis de sangre, realizadas con fines diagnósticos. Estas

pruebas están cubiertas cuando usted ya tiene síntomas o cuando se necesitan tras los resultados de otras pruebas. Esta prestación no cubre revisiones anuales o de rutina.



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: transporte de los restos mortales del asegurado del país principal de residencia al país de entierro. Cubrimos costes como embalsamamiento, contenedor para el transporte legalmente apropiado, transporte y las autorizaciones gubernamentales necesarias. Los costes de incineración sólo se cubrirán si la incineración es necesaria por razones legales. No cubrimos los gastos de nadie que acompañe los restos mortales salvo cuando se indique como prestación específica en la tabla de prestaciones.

Repatriación médica: es una cobertura opcional que, si se ha seleccionado, aparece en la tabla de prestaciones. Si la atención médica necesaria para la que está cubierto no está disponible a nivel local, puede solicitar la evacuación médica a su país de origen para recibir atención médica, en lugar de al centro médico adecuado más cercano. Esto sólo se aplica si su país de origen está en su área geográfica de cobertura. Después de terminar la atención médica también cubriremos el coste de su viaje de regreso en tarifa económica, a su país principal de residencia. El viaje de regreso debe hacerse en el plazo de un mes tras la finalización de la atención médica.

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



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

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

Tratamiento: procedimiento médico necesario para curar o aliviar los síntomas de una enfermedad o lesión.

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

Tratamiento dental hospitalario de emergencia:

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

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.

U

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

V

Vacunas: se refiere a lo siguiente:

- Todas las vacunaciones básicas y las inyecciones de refuerzo obligatorias por ley en el país en el que se administran
- Vacunas de viaje médicamente necesarias
- Pastillas de prevención de la malaria

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

EXCLUSIONES

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



Adquisición de un órgano

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

Trastornos de conducta y de personalidad

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

Contaminación química y radiactividad

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

Terapias alternativas

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

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 usted o un familiar

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

Carillas dentales

Carillas dentales y procedimientos relacionados.

Desarrollo tardío

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

Drogadicción y alcoholismo

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

Tratamientos y medicamentos experimentales o sin probar

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

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, salvo en los siguientes casos:

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

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.

Tratamiento de la esterilidad

Tratamiento de la esterilidad, incluyendo la reproducción asistida o tratamiento para problema que surja de ella, salvo cuando usted tiene una prestación específica para el tratamiento de la esterilidad o tiene un plan ambulatorio. Si tiene un plan ambulatorio solamente cubriremos las pruebas no invasivas para determinar la causa de la esterilidad (dentro de los límites de su plan ambulatorio). Estas excepciones no se aplican a los asegurados en un plan de las Islas del Canal, en los que las pruebas sobre esterilidad están excluidas.

Lesiones causadas por la práctica de deporte profesional

Tratamiento o pruebas diagnósticas para lesiones originadas durante la práctica de deportes a nivel profesional.

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.

Error médico

Atención necesaria como consecuencia de errores médicos.

Tratamiento de la obesidad

Pruebas diagnósticas y tratamiento de la obesidad.

Tratamiento ortomolecular

Consulte la definición de «Tratamiento ortomolecular».

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.

Pre y posnatal

Clases prenatales y posnatales.

Enfermedades preexistentes

Productos de venta libre

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

Cambio de sexo

Operaciones de cambio de sexo y tratamientos relacionados.

Trastornos del sueño

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

Logopedia

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

Estancias en centros terapéuticos

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

Esterilización, disfunción sexual y anticoncepción

Pruebas, tratamiento y complicaciones relacionados con lo siguiente:

- Esterilización
- Disfunción sexual (salvo cuando la enfermedad sea el resultado de prostatectomía radical debida a cirugía oncológica)
- Anticoncepción (incluyendo la inserción y extracción de aparatos anticonceptivos de cualquier tipo, aunque se hayan prescrito por razones médicas). Los gastos para anticonceptivos están cubiertos solamente si están prescritos por un dermatólogo para el tratamiento del acné.

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

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 desplazamiento

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

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 área geográfica de cobertura

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

Análisis genéticos triples, cuádruples o de espina bífida

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

Medición de marcadores tumorales

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

Embarcación en el mar

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

Vitaminas y minerales

Productos clasificados como:

- vitaminas y minerales (excepto durante el embarazo o para tratar síndromes diagnosticados de deficiencias vitamínicas);
- suplementos como fórmulas infantiles y productos cosméticos.

Estos productos están excluidos aunque estén prescritos o recomendados por un médico y tengan efectos terapéuticos reconocidos. Los gastos relativos a consultas de dietista/nutricionista no están cubiertos, salvo cuando la prestación «Consultas de dietista/nutricionista» aparezca en su tabla de prestaciones. Para los asegurados de un plan de las Islas del Canal, esta exclusión se refiere también al periodo del embarazo.

Prestaciones que no están en su tabla de prestaciones

Las siguientes prestaciones o cualquier consecuencia adversa o complicación relacionados con ellas, salvo cuando que se indique lo contrario en la tabla de prestaciones:

- Asistencia ambulatoria.
- Complicaciones durante el embarazo.
- Corrección refractiva de la vista con láser.
- Dispositivos de ayuda médica con prescripción.
- Embarazo y parto, así como complicaciones durante el parto.
- Gafas y lentes de contacto con prescripción médica, incluyendo revisión de la vista.
- Gastos de acompañante del paciente evacuado o repatriado.
- Gastos de viaje de los asegurados en caso de fallecimiento o peligro de muerte de un miembro de la familia.
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado evacuado o repatriado.
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del asegurado.
- Honorarios de dietista/nutricionista.
- Parto en el domicilio.
- Psiquiatría y psicoterapia ambulatorias.
- Psiquiatría y psicoterapia hospitalarias.
- Repatriación médica.
- Revisión rutinaria de la salud/bienestar y pruebas para la detección precoz de enfermedades.
- Trasplante de órganos.

- Tratamiento de la esterilidad.
- Tratamiento de rehabilitación.
- Tratamiento dental, cirugía dental, periodoncia, ortodoncia y prótesis dentales. La única excepción es intervenciones quirúrgicas bucales y maxilofaciales, las cuales están cubiertas hasta el límite máximo del plan principal.
- Tratamiento dental de emergencia.
- Tratamiento preventivo.
- Vacunas.

Indemnización por muerte accidental

Indemnización por muerte accidental, si el fallecimiento del asegurado ha estado provocado directa o indirectamente por alguna de estas causas:

- Participación activa en conflictos bélicos, disturbios o alteración del orden público, terrorismo, actos criminales o ilegales o de defensa contra cualquier tipo de hostilidad extranjera, independientemente del hecho de que se haya declarado o no una guerra.
- Enfermedades causadas intencionalmente o lesiones autoinflingidas, incluyendo el suicidio, que ocurran durante el primer año de cobertura.
- Participación activa en actividades subterráneas o submarinas, como por ejemplo la explotación minera o el submarinismo.
- Participación en actividades que se desarrollan sobre el agua (como plataformas o torres petrolíferas) y actividades aéreas, salvo cuando se indique lo contrario.
- Contaminación química o biológica, exposición a radiactividad o cualquier material nuclear, incluidos los combustibles nucleares.
- Riesgo pasivo de guerra:
 - estar en un país que el gobierno británico ha recomendado a sus ciudadanos abandonar (este criterio se aplica independientemente de la nacionalidad del asegurado) y al que recomienda no viajar;
 - viajar o estar durante más de 28 días en un país o una región a la que el gobierno británico recomienda no viajar excepto en caso de extrema necesidad.

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

- Estar bajo los efectos de drogas o alcohol.
- Fallecimiento que tiene lugar más de 365 días tras el accidente.
- Exposición deliberada a un peligro, salvo en el intento de salvar una vida humana.
- Inhalación intencional de gas o ingesta intencional de venenos o drogas prohibidas por la ley.

- Vuelo en aeronave (incluyendo helicópteros) salvo cuando el asegurado sea un pasajero y el piloto tenga la licencia correspondiente o es un piloto militar que ha presentado el plan de vuelo ante las autoridades aeroportuarias cuando lo exija la normativa local.
- Participación activa en deportes extremos o deportes practicados a nivel profesional, como por ejemplo:
 - deportes de montaña como el rápel o el montañismo y carreras de cualquier tipo (excepto carreras a pie);
 - deportes de nieve, como trineo de carreras, trineo ligero, skeleton, esquí fuera pista o snowboard fuera pista;
 - deportes ecuestres como la caza a caballo, salto ecuestre, polo, salto de obstáculos o carreras hípicas de cualquier tipo;
 - deportes acuáticos como espeleobuceo, buceo a más de 10 metros de profundidad, clavado, descenso en ríos de aguas blancas (aguas bravas) o piragüismo;
 - deportes de motor, automovilismo, motociclismo o quad;
 - deportes de combate;
 - deportes aéreos, como el vuelo en ultraligero, en globo, en ala delta, parapente, paracaidismo ascendente o salto en paracaídas;
 - otros deportes peligrosos como el puentismo (puenting).

Hable con nosotros, nos encanta ayudar

Si tiene alguna duda, póngase en contacto con nosotros:

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

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

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

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

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

@ Correo electrónico: client.services@allianzworldwidecare.com

 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.