



Guía de prestaciones para la empresa

**Seguros internacionales de vida e incapacidad para
grupos corporativos**

Válida a partir del 1 de enero de 2022

Bienvenido

Puede contar con Allianz Partners como su aseguradora internacional de vida e incapacidad, para salvaguardar el futuro de sus empleados y sus familias, independientemente de lo que depare el futuro.

Esta guía incluye toda la información importante que usted necesita saber sobre el plan de seguro de vida e incapacidad de la empresa.

Para sacar el mejor partido de la cobertura de la empresa, lea esta guía junto a la tabla de prestaciones.

Servicio de alta calidad	5
Condiciones de la cobertura	6
Explicación de la cobertura	7
Seguro de vida e incapacidad	10
Evaluación médica	17
Proceso de reembolso	19
Pago de primas	24
Administración del plan	25
Estas cláusulas también se aplican al plan de la empresa	28
Protección de datos y declaración de información clínica	30
Protocolo para quejas	31
Definiciones	32
Exclusiones	35
Tabla de referencia de la pérdida anatómica accidental	37

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, 75436 París Cedex 09, Francia.

AWP Health & Life SA, que actúa a través de su sucursal irlandesa, es una sociedad anónima sujeta al código francés de los seguros («Code des Assurances»). Registrada en Francia: N°: 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.



Servicio de alta calidad

Creemos en darles a usted y a sus empleados el servicio de alta calidad que merecen.

En las siguientes páginas le describimos la amplia gama de prestaciones de vida e incapacidad que ofrecemos. Siga leyendo para descubrir cómo puede garantizar la protección y la seguridad financieras de sus empleados y sus familiares en el desafortunado caso de muerte o invalidez.

Hable con nosotros, nos encanta ayudar

Nuestra línea multilingüe de asistencia está disponible las 24 horas para resolver cualquier duda sobre la póliza de su empresa o si usted o sus empleados necesitan ayuda en caso de emergencia.



Línea de asistencia: +353 1 630 1304

Para ver nuestros números gratuitos vaya a:

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



Correo electrónico: client.services@allianzworldwidecare.com



Fax: +353 1 630 1306

¿Sabía que...

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

Condiciones de la cobertura

Esta guía describe las prestaciones y condiciones de la póliza colectiva de vida e incapacidad de su empresa.

La tabla de prestaciones resume los planes seleccionados por su empresa y las prestaciones asociadas disponibles para los empleados asegurados. Además, resume las prestaciones que tienen un límite específico de prestación o periodos de franquicia temporal. Utiliza la divisa indicada en el contrato corporativo.

Los términos usados se explican en las «Definiciones» en la página 32. «La empresa» y «su empresa» se refieren a la empresa nombrada en el contrato corporativo.

Las condiciones generales de la guía de prestaciones pueden cambiar ocasionalmente previo acuerdo entre la empresa y Allianz Partners.

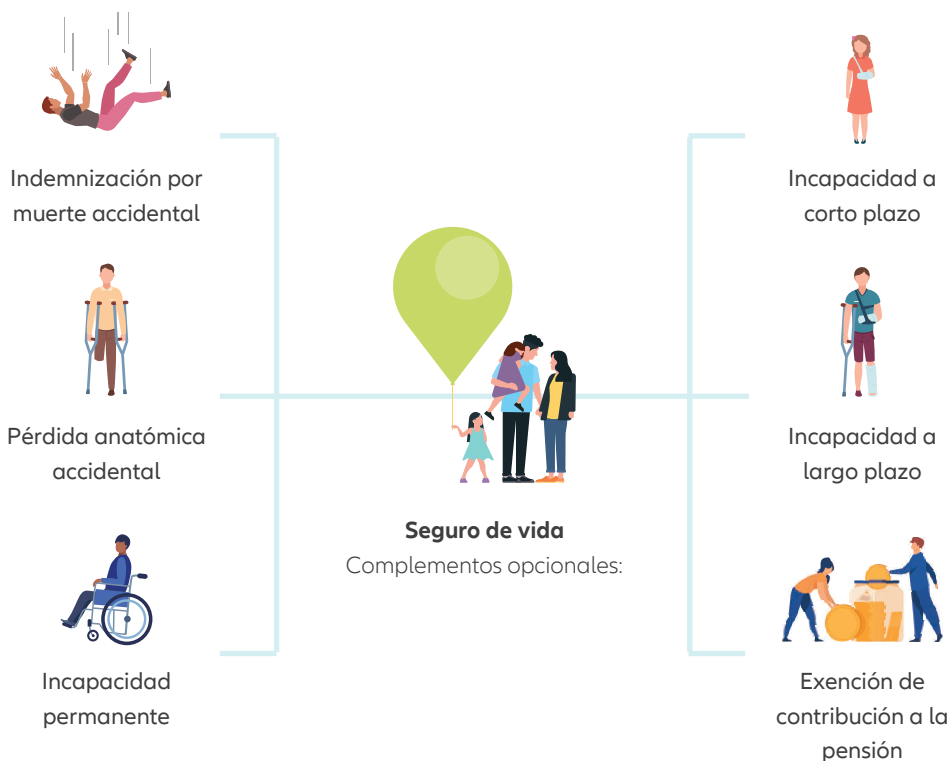
Explicación de la cobertura

Los planes seleccionados por la empresa se muestran en la tabla de prestaciones. Lista las prestaciones disponibles para los asegurados y cualquier límite aplicable. Para una explicación de cómo se aplican al plan de su empresa los límites de las prestaciones, consulte «Límites de las prestaciones» más abajo.

Los límites están sujetos a nuestras definiciones y exclusiones (consulte las páginas 32-36).

¿Qué cubrimos?

La póliza ofrece protección financiera y seguridad para sus empleados y sus familiares mediante la cobertura del seguro indicada en la tabla de prestaciones. Su empresa podría haber seleccionado cobertura para uno o más de los siguientes eventos:



Límites de las prestaciones

En la tabla de prestaciones se muestran tres tipos de límites de prestaciones:

- El **límite del seguro** es el máximo que abonaremos por cada tipo de seguro seleccionado por la empresa, como se indica en la tabla de prestaciones. Estas prestaciones se pueden pagar mensualmente (incapacidad a corto plazo e incapacidad a largo plazo) o en un pago único (vida, muerte accidental, pérdida anatómica accidental e incapacidad permanente). Para incapacidad a corto plazo e incapacidad a largo plazo, todos los límites son por empleado asegurado y por año de seguro, salvo cuando se indique de otra manera en la tabla de prestaciones.
- El **límite de prestaciones combinadas** es el máximo que abonaremos por una combinación de las prestaciones de vida, muerte accidental, pérdida anatómica accidental e incapacidad permanente. Por ejemplo, si pagamos la prestación por pérdida anatómica accidental, cualquier prestación posterior del seguro de vida se pagará hasta el restante límite de prestaciones combinadas tras el fallecimiento.
- El **límite de suceso único** es el máximo global que pagaremos por múltiples solicitudes de pago que resulten de un accidente o un desastre natural (como un solo incidente que afecta a más de un empleado asegurado).

¿Quién es apto para la cobertura?

Empleados aptos de la empresa que cumplen los siguientes requisitos:

- No han cumplido la edad máxima indicada en el contrato corporativo, y;
- Son empleados fijos. Los empleados con contrato temporal (de más de 6 meses) también pueden tener seguro de vida, de muerte accidental, de pérdida anatómica accidental y de incapacidad permanente. Cualquier excepción sobre cobertura adicional estará en el contrato corporativo.
- Están en servicio activo, y;
- No están trabajando en contra del consejo médico.

Los empleados aptos que no estén trabajando en la fecha de entrada en vigor del contrato corporativo o en la fecha de comienzo de la cobertura, debido a baja certificada por enfermedad o a incapacidad serán aptos para la cobertura tras completar un mes de empleo (según el contrato corporativo).

La cobertura del seguro de vida puede extenderse a los dependientes de los empleados asegurados, siempre que el empleado asegurado esté cubierto para el seguro de vida con el plan de la empresa y el contrato corporativo permita a los dependientes solicitar el seguro de vida.

La evaluación médica (consulte la página 15) será necesaria si la persona apta quiere solicitar cobertura por encima del límite de aceptación automática indicado en la tabla de prestaciones.

Cuando se requiera evaluación médica, nos reservamos el derecho a aceptar o rechazar la solicitud de cobertura y a aplicar recargos en la prima o exclusiones.

Baja preautorizada

Cuando ha aprobado la solicitud de un empleado para una baja (hasta 6 meses) le consideraremos apto para la cobertura, salvo cuando la baja esté relacionada con una enfermedad o una lesión que le impide realizar las obligaciones de su trabajo. Algunos ejemplos de baja preautorizada serían maternidad, paternidad, sabáticos, vacaciones o excedencia. Continuará pagando la prima del seguro del empleado durante el periodo de baja preautorizada.

¿Cuándo termina la cobertura?

El seguro de **vida** termina cuando el asegurado alcanza los 70 años de edad. Si la cobertura termina a una edad inferior se especificará en el contrato corporativo. La cobertura para muerte accidental, pérdida anatómica accidental, **incapacidad permanente**, **incapacidad a corto plazo** e **incapacidad a largo plazo** termina cuando el empleado asegurado alcanza la edad de 65 años. Si la cobertura termina a una edad inferior se especificará en el contrato corporativo.

Seguro de vida e incapacidad

Por favor, refiérase a la tabla de prestaciones para los detalles sobre el nivel de cobertura elegido por su empresa.

Seguro de vida

La cobertura de seguro de vida ofrece protección económica y seguridad a los beneficiarios tras la muerte de un asegurado.

La prestación se abonará en un solo pago. Esta cantidad puede ser una cantidad fija o un múltiplo del salario bruto anual del empleado asegurado, sujeto al límite máximo acordado. Por favor, refiérase a la tabla de prestaciones para determinar la cantidad pagadera del seguro de vida acordada con su empresa.

Anticipo de la prestación del seguro de vida

Cuando recibimos evidencia de que a un empleado asegurado se le ha diagnosticado una enfermedad terminal (después de la fecha de inicio de la cobertura), pagaremos un anticipo de la cantidad asegurada en el seguro de vida, tal como se indica en la tabla de prestaciones.

Si al pago del anticipo le sigue una solicitud separada de pago de prestación del seguro de vida, deduciremos del pago del seguro de vida la cantidad ya pagada como anticipo.

Si el empleado asegurado sobrevive más de 12 meses, nos reservamos el derecho a reevaluar su idoneidad para la prestación de anticipo del seguro de vida. Podríamos querer recuperar las cantidades pagadas si consideramos que ya no es apto para esta prestación.

El anticipo del seguro de vida se ofrece como parte de la cobertura del seguro de vida.

Seguro de muerte accidental

El seguro de muerte accidental proporciona una cantidad fija adicional a los beneficiarios si la muerte del empleado asegurado se debe a un accidente y ocurre en un plazo de 365 días tras el accidente.

La prestación del seguro de muerte accidental no superará el 100% de la suma asegurada que se indica en la tabla de prestaciones.

Seguro de pérdida anatómica accidental

El seguro de pérdida anatómica accidental proporciona una cantidad fija al empleado asegurado si pierde un miembro o la funcionalidad de un miembro como consecuencia de un accidente y la pérdida anatómica ocurra en un plazo de 365 días tras el accidente. Los detalles completos sobre prestación están en la tabla de referencia de pérdida anatómica accidental en la página 37.

La prestación del seguro de pérdida anatómica accidental no superará el 100% del límite máximo que se indica en la tabla de prestaciones.



Varias lesiones que afectan a la misma extremidad

Cuando un empleado asegurado sufre varias dolencias o lesiones resultantes de un accidente o de sucesivos accidentes, evaluaremos cada lesión o enfermedad por separado. Sin embargo, la suma total pagada por todas las lesiones o dolencias que afectan a un miembro no puede superar el límite máximo especificado para la pérdida total del miembro que se indica en la tabla de referencia de pérdida anatómica accidental.



Lesiones no mencionadas en la tabla de referencia para el seguro de pérdida anatómica accidental

Si una lesión no figura en la tabla de referencia de la pérdida anatómica accidental, evaluaremos el grado de la lesión comparándolo con lesiones indicadas en la tabla. No pagaremos menos de la cantidad correspondiente a cualquier evento o lesión comparables que se indiquen en la tabla.



Factores agravantes

Si las condiciones de un empleado asegurado se agravan a causa de una enfermedad o lesión existente, el grado de la lesión se considerará el mismo que si el accidente hubiera afectado a un órgano o extremidad sanos.

Seguro de muerte accidental y pérdida anatómica accidental

Si al pago de la prestación por pérdida anatómica accidental le sigue una solicitud separada de pago de prestación por muerte accidental, deduciremos del seguro de muerte accidental la cantidad ya pagada por pérdida anatómica accidental.

Si al pago del seguro de muerte accidental y pérdida anatómica accidental le sigue una solicitud separada de pago de prestación del seguro de vida, deduciremos del pago del seguro de vida la cantidad ya pagada como seguro de muerte accidental y pérdida anatómica accidental.

Seguro de incapacidad permanente

El seguro de incapacidad permanente se compone de dos tipos de cobertura: **Incapacidad total permanente** e **incapacidad parcial permanente**.

El importe de la prestación de los dos tipos de cobertura se paga como una cantidad fija. Este importe puede ser una cantidad fija o un múltiplo del salario bruto anual del empleado asegurado. Ambas prestaciones están sujetas a suma global máxima acordada. La tabla de prestaciones indica las prestaciones específicas que se aplican al plan de su empresa.

Seguro de incapacidad total permanente

El seguro de incapacidad total permanente proporciona seguridad económica a los empleados asegurados que resultan total y permanentemente incapacitados como consecuencia de un accidente o una enfermedad.

Esta prestación se pagará cuando se cumplan todas las condiciones siguientes:

- El empleado asegurado es incapaz de realizar las obligaciones materiales y sustanciales de su ocupación e incapaz de realizar las obligaciones de una ocupación adecuada (según su formación, capacidades y experiencia).
- La incapacidad total permanente es irreversible.
- El empleado asegurado ha sufrido una pérdida de ingresos.
- Nosotros evaluamos el grado de incapacidad permanente como mayor de 66,67%.

La empresa puede seleccionar la cobertura de incapacidad total permanente sin la prestación de incapacidad parcial permanente.

La cobertura de incapacidad total permanente terminará para un afiliado después de haberle pagado por incapacidad total permanente.

Seguro de incapacidad parcial permanente

El seguro de incapacidad parcial permanente proporciona seguridad económica a los empleados asegurados que resultan parcial y permanentemente incapacitados como consecuencia de un accidente o una enfermedad.

Esta prestación se pagará cuando se cumplan todas las condiciones siguientes:

- El empleado asegurado es incapaz de realizar las obligaciones materiales y sustanciales de su ocupación e incapaz de realizar las obligaciones de una ocupación adecuada (según su formación, capacidades y experiencia).
- La incapacidad parcial permanente es irreversible.
- El empleado asegurado ha sufrido una pérdida de ingresos.
- Nosotros evaluamos el grado de incapacidad permanente como mayor de 33,33%.

Si al pago de la prestación por incapacidad parcial permanente le sigue una solicitud separada de pago de prestación por incapacidad total permanente, deduciremos del pago del seguro de incapacidad total permanente la cantidad ya pagada por incapacidad parcial permanente.

Si al pago de una prestación por incapacidad permanente le sigue una solicitud separada de pago del seguro de vida, cualquier prestación del seguro de vida se reducirá en la cantidad ya pagada por incapacidad permanente.

La prestación de incapacidad parcial permanente solamente puede contratarse junto con la prestación de incapacidad total permanente.

¿Cómo se calcula la cantidad fija que se abona por incapacidad permanente?

La incapacidad permanente se evalúa basándose en las siguientes condiciones del empleado asegurado:

- Incapacidad funcional o física
- Incapacidad ocupacional

Grado de incapacidad permanente inferior al 33,33%

No se pagará ninguna prestación por incapacidades inferiores al 33,33%.

Grado de incapacidad permanente entre 33,33% y 66,67% (incapacidad parcial permanente)

Si el grado de incapacidad está entre 33,33% y 66,67%, calculamos la cantidad de la prestación de incapacidad multiplicando el grado de incapacidad por la suma asegurada.

Grado de incapacidad permanente superior al 66,67% (incapacidad total permanente)

Si el grado de incapacidad supera el 66,67% se considera incapacidad total permanente. En este caso, pagaremos el 100% de la suma asegurada.

La prestación de incapacidad permanente (total o parcial) no superará el 100% de la prestación máxima que se indica en la tabla de prestaciones. Una vez que se ha tramitado una prestación por incapacidad total permanente, no se considerarán solicitudes de pago de prestación por incapacidad total ni parcial.

Cuando se seleccione cobertura para incapacidad permanente junto a cobertura para incapacidad a corto plazo, cualquier pago respecto a una prestación válida por incapacidad permanente solamente empezará después de que la cobertura por incapacidad a corto plazo haya terminado.

Para un nivel de incapacidad superior a 33,33%, calcularemos la prestación según la tabla de referencia de la pérdida anatómica accidental (páginas 37-39), cuando la incapacidad permanente esté relacionada con algo de lo siguiente:

- Pérdida anatómica
- Parálisis
- Anquilosis
- Amputación

Seguro de incapacidad a corto plazo

El seguro de incapacidad a corto plazo proporciona seguridad económica a los empleados asegurados que no puedan realizar las obligaciones materiales y sustanciales de su puesto como consecuencia de un accidente o una enfermedad. Esta prestación se paga mensualmente a mes vencido, después de un periodo de franquicia temporal, durante un máximo de 24 meses. La tabla de prestaciones indica la duración de la franquicia temporal.

Seguro de incapacidad a largo plazo

El seguro de incapacidad a largo plazo proporciona seguridad económica a los empleados asegurados que resulten incapaces de realizar lo siguiente:

1. Las tareas sustanciales de su propio puesto
2. Cualquier puesto adecuado (según formación, capacidades y experiencia)

La prestación se paga cada mes vencido. Normalmente empieza 24 meses tras el accidente o enfermedad (pero puede estar sujeto a una franquicia temporal) o cuando la cobertura por incapacidad a corto plazo termina (si se ha seleccionado). La cobertura normalmente termina cuando el empleado asegurado alcanza la edad de 65 años. Si la cobertura termina a una edad inferior se especificará en el contrato corporativo.

¿Cómo se calculan las prestaciones por incapacidad a corto plazo e incapacidad a largo plazo?

Las prestaciones por incapacidad a corto plazo y a largo plazo se pagan mensualmente como un porcentaje del salario bruto anual del empleado asegurado en el momento del accidente o del inicio de la enfermedad, hasta el límite máximo de la prestación al mes.

También pueden ser una cantidad fija al mes, como se especifica en la tabla de prestaciones. Si el empleado asegurado recibe otros ingresos, reducimos la prestación que pagamos en la cantidad de esos ingresos.

Cuando se haya acordado con nosotros, la prestación por incapacidad a largo plazo puede aumentar cada año de seguro según el coste de la vida tal como se indique en el contrato corporativo, sujeto a las condiciones generales del contrato.

El primer y el último pago se calculan de forma prorrateada.

Vuelta parcial al trabajo

Cuando a un empleado asegurado que solicita la prestación de incapacidad a largo plazo o de incapacidad a corto plazo le declara un médico como apto para volver al trabajo (y nosotros estamos de acuerdo con la decisión), pero no puede volver al trabajo a tiempo completo, se le puede permitir trabajar a tiempo parcial y recibir un pago parcial de la prestación hasta 3 meses. Transcurridos tres meses desde la fecha de vuelta al trabajo, cualquier solicitud de extensión del pago parcial se remitirá a nuestra directora médica.

El regreso parcial al trabajo le permite al empleado asegurado reincorporarse por etapas. El pago parcial ayuda a cubrir parte de la pérdida de ingresos hasta que vuelva a trabajar según se indique en su contrato de empleo.

Las prestaciones de incapacidad a corto plazo y a largo plazo se pagan cuando se cumplen todas estas condiciones:

- El empleado asegurado no ha podido trabajar durante el periodo entero de franquicia temporal como se indica en la tabla de prestaciones para la prestación correspondiente (pero estaba en activo cuando la incapacidad empezó).
- La póliza estaba activa y el solicitante era un empleado asegurado en la fecha en la que resultó incapacitado para trabajar debido a la incapacidad por la que se solicita el pago de la prestación.
- La primera fecha de incapacidad fue antes de que el empleado asegurado alcanzara la edad máxima para la cobertura.
- El empleado asegurado está bajo la atención regular de un médico cualificado y siguiendo su consejo.
- El empleado asegurado no está trabajando en otra ocupación remunerada.

La pérdida de la licencia profesional no es un riesgo cubierto por estas prestaciones.

La prestación por incapacidad se interrumpirá en el más temprano de estos casos

- Después de que se alcance la duración máxima de la prestación, como se indica en la tabla de prestaciones.
- Cuando el empleado asegurado alcanza la edad límite que se indica en el contrato corporativo.
- Si el empleado asegurado muere.
- Cuando el empleado asegurado vuelve al trabajo (según su contrato laboral), en su propio puesto, en el caso de incapacidad a corto plazo.

- Si, debido a una recuperación natural, intervención quirúrgica o tratamiento médico, el empleado asegurado puede reanudar el trabajo remunerado.

Los pagos de las prestaciones no se pueden antedatar más de un mes.

Recaídas

Cuando el asegurado vuelve al trabajo, se interrumpe el pago de la prestación por incapacidad. Si se da una recaída, el pago se reanuda en base a lo mismo que antes. Se reanuda sin ninguna franquicia temporal, pero sólo durante el resto de la duración máxima de la prestación, como se indica en la tabla de prestaciones. Los pagos se reanudarán solamente si el empleado vuelve al trabajo durante menos de 60 días y la recaída es una recurrencia de la misma enfermedad que causó que el empleado dejara de trabajar anteriormente.

Prestación de exención de contribución a la pensión

Esta prestación pagará la contribución de la empresa a la pensión (o la prestación seleccionada si es menos) como un porcentaje del salario anual del empleado en caso de que el empleado tenga derecho al pago por incapacidad de corto o de largo plazo. El pago se hará a la empresa junto a la prestación mensual por incapacidad.

El pago terminará cuando se cumpla una de las siguientes condiciones:

- El empleado asegurado alcanza la edad límite que se indica en el contrato corporativo.
- El empleado asegurado muere.
- El empleado asegurado vuelve al trabajo.
- El empleado asegurado deja de trabajar para la empresa.
- El empleado asegurado ya no es miembro del plan de pensiones de la empresa.
- La prestación por incapacidad termina.

Se debe presentar evidencia de afiliación actual al plan de pensiones en el momento de solicitar la prestación. La afiliación al plan de pensiones debe ser anterior a la incapacidad del empleado asegurado.

Condiciones de la prestación:

- Esta prestación se paga mensualmente a mes vencido, tras el periodo de franquicia temporal.
- La franquicia temporal aplicable se indica en la tabla de prestaciones.
- Esto no se aplica a las contribuciones del empleado ni a las contribuciones voluntarias adicionales.
- Con respecto a la evaluación médica, esta cobertura se añadirá a la cobertura básica de la prestación para determinar la prestación total a evaluar.

Evaluación médica

¿Qué es la evaluación médica?

La evaluación médica es la evaluación del riesgo de seguro basada en la información que el afiliado nos da cuando solicita la cobertura.

La finalidad de la evaluación médica es evaluar las enfermedades preexistentes de los afiliados para determinar lo siguiente:

1. Si estamos dispuestos a asegurar la cantidad total solicitada.
2. Para decidir las condiciones de nuestra oferta.

¿Quién está sujeto a evaluación médica?

La póliza de la empresa cubrirá las prestaciones (o sumas aseguradas) de todos los afiliados aptos hasta un límite predefinido, llamado límite de aceptación automática (LAA).

Cuando el nivel de prestación de un afiliado en una cobertura de seguro (seguro colectivo de vida o de incapacidad, por ejemplo) supere el LAA correspondiente de la empresa, el afiliado deberá someterse a evaluación médica para la cantidad que supere el LAA.

Cuando la póliza de la empresa no tenga un LAA, entonces se evaluará la suma asegurada por completo.

Cuando se selecciona cobertura voluntaria, esta suma asegurada también estará sujeta a evaluación médica, salvo cuando se indique lo contrario en el contrato corporativo.

Cuando la suma asegurada del afiliado aumente durante la duración de la póliza, también se puede aplicar evaluación médica.

Cuando se requiere evaluación médica los afiliados deben declarar todas las enfermedades preexistentes. No declarar enfermedades preexistentes puede resultar en el rechazo del pago de una prestación futura.

¿Qué pasa si no completa el proceso de evaluación médica?

- a) No enviar el formulario de afiliación completado en un plazo de 30 días desde la solicitud resultará en que se restrinja la prestación del afiliado al correspondiente LAA de la póliza de la empresa. Si no hay un LAA en la póliza de la empresa y no recibimos el formulario de solicitud completado en un plazo de 30 días desde la solicitud, asumiremos que el afiliado/la empresa ya no quiere continuar con esta solicitud de cobertura.
- b) Si el afiliado no entrega la evidencia solicitada tras la evaluación del formulario de solicitud de afiliación, en el plazo requerido, la prestación se restringirá al LAA correspondiente. Si no hay un LAA en la póliza de la empresa y el afiliado no entrega la evidencia solicitada tras la evaluación del formulario de afiliación, en el plazo requerido, asumiremos que el afiliado/la empresa ya no quiere continuar con esta solicitud de cobertura.

Veto de evaluación futura: Cuando un empleado asegurado ha pasado la evaluación médica y está aceptado con las condiciones generales le permitiremos a la empresa aumentar las prestaciones del empleado en un 20% en todas las coberturas en un año natural, sin evaluación médica adicional. Durante la duración de la póliza del empleado asegurado, la evaluación futura está limitada a un máximo de 250.000 € para la cobertura de vida o de incapacidad total permanente, y 20.000 € para la cobertura de incapacidad a largo plazo o a corto plazo, salvo cuando se indique lo contrario en el contrato corporativo. La evaluación futura no se aplica a los afiliados evaluados con condiciones no estándar o los aceptados con un recargo o exclusiones. Una vez se alcanza el límite o si el afiliado no es apto, cualquier aumento en la suma asegurada estará sujeto a evaluación médica. La evaluación futura no está disponible para las solicitudes voluntarias.

Proceso de reembolso

Con relación al seguro de vida e incapacidad, tenga en cuenta lo siguiente:

- a) Salvo cuando se indique de otro modo, es responsabilidad de la empresa informarnos y enviarnos la documentación correspondiente en un plazo de seis meses tras el suceso que haya causado la solicitud del pago de la prestación. Si la empresa no nos informa de un caso en un plazo de seis meses tras ocurrir, no seremos responsables del pago de ninguna prestación. Esto se aplica independientemente de que la empresa no tuviera conocimiento del caso en el momento de ocurrir o de que el caso provocaría una solicitud de prestación en ese plazo e seis meses.
- b) Salvo cuando se indique de otro modo, no tenemos obligaciones respecto a casos que ocurran después de la fecha de finalización de la cobertura del seguro.
- c) La empresa debe conservar los documentos originales (por ejemplo, recibos) cuando nos envíe copias, ya que nos reservamos el derecho a solicitar los originales por razones de detección del fraude hasta 12 meses después de tramitar las prestaciones. Además, recomendamos que la empresa guarde copias de toda la correspondencia que mantenga con nosotros, ya que no podemos hacernos responsables por no recibir la correspondencia cuando las causas sean ajenas a su control.
- d) Las prestaciones aptas se pagarán en la divisa indicada en el contrato corporativo.
- e) La empresa acepta ayudarnos a obtener toda la información necesaria para tramitar las solicitudes de pago de prestación. Tenemos derecho a acceder a todos los historiales médicos y a hablar directamente con el proveedor médico o el médico que esté tratando a su empleado. Podemos, a nuestro propio cargo, pedir una revisión médica realizada por un médico nombrado por nosotros cuando lo consideremos necesario. Toda la información se tramitará con la más estricta confidencialidad. Nos reservamos el derecho retener prestaciones si la empresa no cumple estas obligaciones.
- f) Nos reservamos el derecho a restringir la cantidad de una prestación si el salario bruto anual del empleado asegurado ha aumentado en los tres meses anteriores a la solicitud del pago de la prestación y el aumento salarial cumple alguna de las siguientes condiciones:
 - No depende de un proceso de revisión salarial anual.
 - No puede justificarse como necesario o apropiado.

- Ha provocado que la suma asegurada del empleado supere el límite de aceptación automática y nosotros no hemos evaluado ni aceptado el cambio.

En esos casos, la cantidad de la prestación será la cantidad cubierta antes del aumento salarial.

- g) La empresa es responsable de pagar todas las prestaciones y cantidades a los beneficiarios y asegurados aptos en este plan colectivo. La empresa también es responsable de declarar los impuestos derivados de estas prestaciones. Nosotros no somos responsables de ninguna retención de impuestos sobre estos pagos ni de declarar impuestos derivados de estas prestaciones. Cuando la empresa reciba el pago de la prestación, nuestra responsabilidad hacia la empresa y los asegurados o beneficiarios terminará.

Cómo solicitar el pago de una prestación

Para solicitar las prestaciones, la empresa debe enviarnos los siguientes documentos:

	Seguro de vida	Anticipo de la prestación del seguro de vida	Muerte accidental	Pérdida anatómica accidental
La nómina del empleado asegurado de los tres meses anteriores al suceso	✓	✓	✓	✓
Original o fotocopia compulsada* de un documento de identidad válido para la persona asegurada (por ejemplo pasaporte, carné de conducir o documento de identidad)	✓	✓	✓	✓
Formulario de solicitud de pago de prestación del seguro de vida o de muerte accidental cumplimentado	✓	✗	✓	✗
Copia compulsada* del certificado de defunción	✓	✗	✓	✗
Formulario de solicitud de pago de anticipo del seguro de vida cumplimentado	✗	✓	✗	✗
Certificado médico de enfermedad terminal cumplimentado	✗	✓	✗	✗
Atestado policial o de accidente (en caso de accidente)	✓	✓	✓	✓
Formulario de solicitud de pago prestación por pérdida anatómica accidental cumplimentado	✗	✗	✗	✓
Certificado médico para pérdida anatómica accidental cumplimentado	✗	✗	✗	✓
Cualquier otro documento que se requiera para evaluar la solicitud de pago de la prestación	✓	✓	✓	✓

	Incapacidad a corto plazo	Incapacidad a largo plazo	Incapacidad permanente
La nómina del empleado asegurado de los tres meses anteriores a la ausencia	✓	✓	✓
Original o fotocopia compulsada* de un documento de identidad válido para el empleado asegurado (por ejemplo pasaporte, carné de conducir o documento de identidad)	✓	✓	✓
Formulario de solicitud de pago de prestación por incapacidad cumplimentado	✓	✓	✓
Declaración del empleador para el seguro de incapacidad cumplimentado	✓	✓	✓
Breve descripción de la ocupación del empleado asegurado	✓	✓	✓
Certificado médico de incapacidad cumplimentado	✓	✓	✓
Atestado policial o de accidente (en caso de accidente)	✓	✓	✓
Cualquier otro documento que se requiera para evaluar el caso	✓	✓	✓

* Sólo aceptaremos documentos certificados cuando la certificación esté hecha por una de las siguientes entidades: oficial de policía, funcionario judicial, notaría pública, abogado en ejercicio, embajada, empleado de consulado o comisionado de juramentos.

La persona que certifica debe firmar, fechar y sellar el documento con su sello oficial. Además de la certificación, los documentos también pueden tener que estar legalizados o autenticados, según lo solicitemos. Debemos recibir información adicional respecto a la certificación, legalización o autenticación de los documentos, si la solicitamos.

¿Cuándo se pagan las prestaciones de vida, muerte accidental y pérdida anatómica accidental?

En caso de muerte, muerte accidental o pérdida anatómica accidental de un asegurado, la empresa debe informarnos del suceso por escrito en un plazo de seis meses. La empresa debe enviarnos todos los documentos necesarios como se indica en la tabla anterior.

Las prestaciones se pagarán una vez que hayamos aceptado el caso como válido. Las prestaciones válidas relacionadas con el seguro de vida y el de muerte accidental se pagarán directamente a la empresa.

¿Cuándo se paga el anticipo del seguro de vida?

Si a un empleado asegurado se le diagnostica una enfermedad terminal, la empresa debe informarnos por escrito lo antes posible. La empresa debe enviarnos todos los documentos necesarios como se indica en la tabla anterior.

Las prestaciones se pagarán una vez que hayamos aceptado el caso como válido. El anticipo del seguro de vida no puede superar el límite máximo indicado en la tabla de prestaciones. Si hay evidencias u opiniones en conflicto, nuestra directora médica determinará si la enfermedad es terminal o no.

Si el empleado asegurado sobrevive más de 12 meses, podríamos reconsiderar su idoneidad para la prestación y podríamos recuperar cantidades pagadas si consideramos que ya no es apto.

¿Cuándo se paga prestación por incapacidad a corto plazo?

La empresa debe informarnos por escrito inmediatamente si un empleado asegurado recibe la baja certificada por la más corta de las siguientes razones:

- Un periodo más largo que la franquicia temporal como se indica en la tabla de prestaciones.
- Más de 30 días.

La empresa debe enviarnos un formulario de solicitud de pago de prestación por incapacidad cumplimentado y una declaración de incapacidad del empleador, con todos los documentos listados en la página 21. Pagaremos las prestaciones una vez que hayamos aceptado el caso como válido.

¿Cuándo se paga prestación por incapacidad a largo plazo?

La empresa debe informarnos por escrito inmediatamente si un empleado asegurado progresa de incapacidad a corto plazo hasta incapacidad a largo plazo. La empresa debe enviarnos un formulario de solicitud de pago de prestación por incapacidad cumplimentado junto a los documentos listados en la tabla anterior.

Pagaremos las prestaciones una vez que hayamos aceptado el caso como válido.

¿Cuándo se paga la prestación por incapacidad permanente?

La empresa debe informarnos por escrito en un plazo de seis meses si un empleado asegurado sufre una incapacidad permanente. La empresa debe enviarnos un formulario de solicitud de pago de prestación por incapacidad cumplimentado junto a los documentos listados en la tabla anterior. La evaluación de las solicitudes de pago de prestación normalmente tienen lugar tras 12 meses, sin embargo algunos casos pueden llevar 24 meses para evaluarse según sus circunstancias particulares.

Pagaremos las prestaciones una vez que hayamos aceptado el caso como válido.

Evaluación de la validez de las solicitudes de pago de prestación

Para que podamos determinar la validez de cualquier solicitud de pago de prestación el empleado asegurado debe realizar, bajo nuestra petición y a nuestro cargo, un examen médico con un experto médico nombrado por nosotros.

Cuando acordemos que el caso es válido, pagaremos las prestaciones adeudadas en esta póliza en la divisa indicada en el contrato corporativa.

la decisión de la aseguradora sobre la oportunidad de abonar el pago de cualquier prestación por discapacidad dependerá de los resultados de la revisión del asegurado por un médico profesional nominado por la aseguradora. Si la empresa o el empleado asegurado discrepan de la evaluación del experto médico nombrado por nosotros, pueden presentar, a su cargo, un informe de otro experto médico de su elección, siempre que dicho informe identifique el asunto de la discrepancia.

En este caso, podríamos pedirle al empleado asegurado que se haga un examen médico completo realizado por otro experto médico, a nuestro cargo. La conclusión de este experto médico, que cuenta con los informes médicos previos, será final.

Podríamos pedir a cualquier empleado asegurado que esté percibiendo prestaciones de esta póliza que se haga pruebas médicas cuando lo consideremos necesario. Si no se hace esas pruebas en el plazo de un mes tras la fecha en la que las pedimos, nos reservamos el derecho a retrasar o parar el pago de las prestaciones hasta que recibamos el informe médico. Al recibirlo, el pago de las prestaciones se reanuda y se pagarán las prestaciones atrasadas (limitadas a un mes).

Suspensión de una solicitud de pago por incapacidad

Una solicitud de pago se suspenderá si el empleado asegurado cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Rechaza entrar en un programa de tratamiento o de rehabilitación que sea razonable y habitual.
- No acepta ninguna oferta razonable para modificar sus obligaciones en el programa de rehabilitación de la empresa.
- Rechaza formarse de nuevo para estar capacitado para un puesto apropiado, si resulta razonablemente evidente que no puede volver a su puesto habitual durante el período de prestación indicado en el contrato corporativo.
- Es declarado apto para volver al trabajo, de acuerdo con las evidencias médicas disponibles (cuando proceda).

Pago de primas

Las primas normalmente se pagan por adelantado, en la divisa indicada en el contrato y según lo especificado en las condiciones del contrato corporativo. La empresa es además responsable del pago de cualquier impuesto sobre la prima del seguro o cualquier otra tasa gubernamental (incluidas las retenciones) que pueda aplicarse al plan de seguro colectivo. Allianz Partners requiere que la empresa pague la prima y los impuestos por completo.

El impuesto sobre la prima del seguro u otras tasas aplicables pueden cambiar durante el período de vigencia del plan de la empresa, y la empresa puede ser responsable de tales cambios. Cualquier prima a la que la empresa o Allianz Partners tengan derecho, según las nuevas altas y bajas en la cobertura, se pagarán a Allianz Partners o se devolverán a la empresa de manera prorrateada.

No pagar la prima adeudada por la póliza en el plazo acordado puede resultar en la cancelación de esta póliza.

Administración del plan

Cesión de pólizas

Esta póliza (o algún elemento de ella) no puede cederse o darse como fianza a ningún fideicomiso particular o colectivo, gravamen o cargo. Esto significa que no puede transferir ningún derecho de esta póliza a una institución financiera (por ejemplo, los empleados asegurados no pueden usar el seguro de vida proporcionado en esta póliza colectiva para acceder a una hipoteca de un banco).

Alta de personas aptas

Antes de la fecha de inicio del contrato corporativo, la empresa debe enviarnos una lista por escrito de las personas aptas y sus dependientes que son aptos para la incorporación, según el contrato corporativo y sujeto a sus condiciones.

Añadir dependientes

Un empleado asegurado puede pedir añadir dependientes a la cobertura del seguro de vida a través de la empresa (sujeto a evaluación médica) siempre que esté permitido en el contrato corporativo.

Cambios

La empresa debe informarnos de altas, cambios o bajas por escrito, en un plazo de cuatro semanas tras resultar una persona apta o no apta u otros cambios, como la inclusión de un dependiente. Después de esa fecha, nos reservamos el derecho a añadir, modificar o eliminar a la persona apta desde el día en que se da el aviso.

Si la empresa no nos avisa de los cambios o bajas en un plazo de cuatro semanas, por cualquier razón, la empresa será responsable del pago de la prima hasta que recibamos el aviso.

No será posible antedatar los cambios o las bajas después de que se hayan tramitado las solicitudes de pago de una prestación. Asimismo, no podemos antedatar la fecha de inicio de las personas aptas para incluir solicitudes de pagos o sucesos reclamables que ya hayan tenido lugar.

Cambio de país de residencia

Es importante que la empresa nos notifique si un asegurado cambia su país de residencia ya que podría afectar a la prima, incluso si el asegurado se traslada a un país de su actual área geográfica de cobertura.

En algunos países, la cobertura está sujeta a restricciones locales relativas al seguro, especialmente para los residentes de dichos países. Es la responsabilidad del asegurado informar a la empresa de cualquier cambio de residencia y asegurarse de que su cobertura colectiva de vida e incapacidad es legalmente apropiada. Recomendamos que se pida consejo legal independiente sobre este asunto, ya que es posible que no podamos seguir prestándoles cobertura.

Cambiar datos de contacto

La empresa debe avisarnos por escrito lo antes posible de cualquier cambio en la dirección, lugar de trabajo o correo electrónico del asegurado.

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 afiliación

Antes de la renovación del grupo, le enviaremos a la empresa una lista de afiliación. La empresa debe revisar la lista y marcar cualquier alta, cambio o baja, y confirmar que refleja con exactitud el grupo afiliado. Si la empresa no nos informa de ningún cambio en la afiliación antes de la fecha de renovación, nos reservamos el derecho a renovar el plan corporativo con la última lista de afiliación disponible.

Cuando use nuestro modelo de administración simplificada consulte su contrato corporativo para los detalles del proceso de renovación.

Cancelar la cobertura

La empresa puede terminar la cobertura de cualquier asegurado comunicándonoslo por escrito. Además, la cobertura termina automáticamente en los siguientes casos:

- Al final del año de seguro, si el contrato corporativo termina.
- Si la empresa decide terminar la cobertura o no renueva la afiliación de un asegurado.
- Si la empresa no abona la prima o cualquier otro pago que deba según el contrato corporativo.

- Cuando un empleado asegurado ya no es apto para cobertura según las condiciones generales que se indican en el contrato corporativo.
- Cuando un asegurado alcanza la edad límite que se indica en el contrato corporativo.
- Si un asegurado muere.

Podemos terminar la afiliación de un asegurado si hay evidencia razonable de que 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 el asegurado puede incorporarse al plan
- La prima que debe pagar la empresa
- Si tenemos que pagar alguna prestación

Estas cláusulas también se aplican al plan de la empresa

Legislación aplicable. El plan corporativo está sujeto a las leyes y los tribunales del país indicado en el contrato corporativo, a menos que la ley lo disponga de otro modo. Cualquier disputa que no pueda resolverse se presentará ante los tribunales del país indicado en el contrato corporativo.

Sanciones económicas. Ninguna (re)aseguradora prestará cobertura y ninguna (re)aseguradora será responsable de pagar ninguna prestación ni prestar ninguna cobertura incluida en este producto, en la medida en que la provisión de dicha cobertura, el pago de dicho reembolso o la provisión de tal prestación exponga a esa (re)aseguradora a alguna sanción, prohibición o restricción conforme a las resoluciones de las Naciones Unidas, sanciones económicas o comerciales, las leyes o los reglamentos de la Unión Europea, el Reino Unido o los Estados Unidos de América.

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

Cuando la cobertura la proporciona un tercero. Podemos rechazar un reembolso si los empleados asegurados tienen derecho a recibir una prestación de:

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

En este caso, tienen que avisarnos a través de la empresa y darnos toda la información necesaria.

La empresa o un empleado asegurado o sus beneficiarios (si son diferentes) y el tercero no pueden llegar a ningún acuerdo final o ignorar nuestros derechos a recuperar cantidades previamente pagadas sin nuestro previo consentimiento por escrito. Si lo hacen, tenemos derecho a recuperar del empleado asegurado o sus beneficiarios (si son diferentes) cualquier cantidad que hayamos pagado y a cancelar la póliza.

También tenemos derecho a reclamar de un tercero cualquier cantidad que hayamos pagado por un reembolso, si los costes también están cubiertos por ellos. Podemos emprender acciones legales en nombre de un empleado asegurado o beneficiarios (si son diferentes), a nuestro cargo, para conseguir esto. Esto se llama subrogación.

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

Resolución de conflictos. Allianz Partners y la empresa acuerdan usar el procedimiento de resolución de conflictos como se resume en el contrato corporativo, si surge alguna disputa en relación con este plan colectivo, incluyendo cualquier discrepancia en cuanto a lo siguiente:

- Opinión médica sobre los resultados de un accidente o enfermedad
- Un suceso que puede provocar la solicitud de pago de una prestación
- Una enfermedad que surja de, o esté relacionada con, este plan colectivo

Cancelación y fraude. No pagaremos ninguna prestación y nos reservamos nuestro derecho a cancelar la cobertura de un asegurado en estos casos:

- La solicitud de reembolso es falsa, fraudulenta o intencionadamente exagerada.
- La empresa, el asegurado o cualquiera de sus beneficiarios (o cualquiera que actúe en nombre del asegurado) usa medios fraudulentos para obtener beneficio de este plan colectivo.

La cantidad de cualquier reembolso que le hayamos pagado antes de descubrir el acto fraudulento o la omisión se nos deberá inmediatamente.

Atenuación. Durante el período en el que sufre incapacidad, el empleado asegurado debe hacer todo lo posible para cumplir lo siguiente:

- Facilitar su recuperación, por ejemplo participando en algún programa razonable y habitual de tratamiento o de rehabilitación o aceptando cualquier oferta razonable de actividad modificada por parte de su empresa.
- Formarse de nuevo para estar capacitado para un puesto apropiado, si resulta razonablemente evidente que no puede volver a su puesto habitual durante el período de prestación indicado en el contrato corporativo.
- Volver a su puesto original durante el período de prestación u obtener un puesto proporcional.
- Obtener otros ingresos.

Un programa razonable y habitual de tratamiento se define como uno que cumple lo siguiente:


- Está proporcionado y está prescrito por un médico.
- Es del tipo y frecuencia que normalmente se requieren para la enfermedad en cuestión.
- Es necesario en nuestra opinión.

Protección de datos y declaración de información clínica

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos su privacidad y tratamos la información personal de sus empleados. Léalo antes de enviarnos datos personales. Para leer nuestro aviso sobre protección de datos, visite:

 www.allianzcare.com/es/privacidad.html

También puede llamarnos para solicitar una copia en papel.


 +353 1 630 1304

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


 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Protocolo para quejas

Nuestra línea de asistencia es siempre el primer número al que llamar si el asegurado o la empresa tienen algún comentario o queja. Si no nos es posible resolver el problema al teléfono, 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:

 www.allianzcare.com/es/quejas.html

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

Definiciones

Las siguientes definiciones se aplican a las prestaciones incluidas en el plan corporativo de vida e incapacidad y a otros términos comúnmente utilizados. Las prestaciones para las que los asegurados están cubiertos se indican en la tabla de prestaciones. Cuando los términos o frases que siguen aparezcan en este documento y la tabla de prestaciones, 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 deben estar definidos médica y objetivamente, deben poder diagnosticarse y requerir un tratamiento terapéutico.

Ajuste del coste de la vida: es el porcentaje de aumento acordado (como se indica en el contrato corporativo) en las prestaciones que pagaremos respecto a las solicitudes de pago por el seguro de incapacidad a largo plazo que puedan surgir durante el año de seguro. El ajuste está sujeto a los límites máximos de prestación como se indican en la tabla de prestaciones y a las condiciones generales del contrato corporativo.

Año de seguro: es el período entre (inclusive) la fecha de inicio y la fecha de vencimiento, las cuales se especifican en el contrato corporativo.

Asegurado: empleado asegurado y sus dependientes que la empresa nos ha indicado y por los que la empresa paga la prima correspondiente.

C

Cobertura voluntaria: Cuando el asegurado solicita un seguro adicional además del ofrecido como cobertura estándar en el plan de la empresa.

Contrato corporativo: acuerdo entre nosotros y la empresa asegurada, que garantiza a los empleados elegibles estar asegurados con nosotros. Este contrato establece quién puede estar cubierto, cuándo empieza la cobertura, cómo se renueva y cómo se paga la prima.

D

Dependiente: cónyuge o pareja (incluso del mismo sexo) e hijos solteros (incluyendo hijastros, hijos adoptivos o hijos acogidos) que dependen económicamente del empleado asegurado, hasta el día antes de su 18 cumpleaños, o hasta el día antes de su 24 cumpleaños si cursan estudios superiores, y que aparecen nombrados en el plan corporativo.

E

Edad máxima: es el límite de edad en el que termina la cobertura de un asegurado como se indica en el contrato corporativo.

Empleado asegurado: empleado apto que la empresa nos ha indicado, cubierto según las condiciones del contrato corporativo y por el que la empresa paga la prima correspondiente.

Empresa: compañía para la que trabaja el asegurado nombrada en el contrato corporativo.

Enfermedad terminal: enfermedad incurable en estado avanzado o de rápido progreso en la que, en la opinión del médico tratante y de nuestra directora médica, la esperanza de vida del asegurado no es superior a 12 meses.

Enfermedades preexistentes: son enfermedades en las que se presentan uno o más síntomas en algún momento de su vida o la de sus dependientes. Esto se aplica independientemente de que el asegurado haya visto un médico o recibido atención médica. Consideraremos una enfermedad preexistente si podemos asumir razonablemente que el afiliado tenía conocimiento sobre ella.

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

- La fecha en la que aprobamos su prestación evaluada
- La fecha en la que añadimos la prestación evaluada a la póliza colectiva

Por lo tanto, es importante que en los períodos descritos anteriormente, la empresa o los asegurados nos informen si se produce algún cambio en el estado de salud del afiliado o de cualquier hecho sustancial (hechos que puedan influir en nuestra evaluación y en la aceptación de esta solicitud). Además, el asegurado deberá darnos más información si se la pedimos.

Todas las enfermedades preexistentes o hechos sustanciales estarán sujetos a evaluación médica para determinar nuestra oferta de condiciones de aceptación para la cobertura solicitada por encima del límite de aceptación automática. Le informaremos por escrito de cualquier oferta que no tenga las condiciones de aceptación estándar.

No declarar enfermedades preexistentes o hechos sustanciales puede invalidar pagos futuros y dejar sus prestaciones evaluadas nulas.

F

Fecha de comienzo de la cobertura: es la fecha en la que la cobertura del plan corporativo empieza para cada asegurado.

Fecha de inicio: es la fecha de inicio del año de seguro, la cual se especifica en el contrato corporativo.

Fecha de vencimiento: es la fecha de vencimiento del año de seguro y se especifica en el contrato corporativo.

Franquicia temporal (para prestaciones por incapacidad): es el período durante el que un asegurado no tiene derecho al pago de prestaciones por incapacidad. Empieza en la primera fecha de la baja certificada debida a un accidente o a una enfermedad. Las prestaciones que están sujetas a franquicia temporal se indican en la tabla de prestaciones.

L

Límite de aceptación automática (LAA): es un límite predefinido de la suma máxima que puede asegurarse por persona apta sin necesidad de evaluación médica. El LAA se indica en el contrato corporativo y puede revisarse cada año. Informaremos a la empresa por escrito de cualquier cambio en el LAA.

M

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.

N

Nosotros: Allianz Partners.

O

Otros ingresos: retribuciones varias que incluyen lo siguiente:

- Prestaciones por incapacidad que el empleado asegurado tiene derecho a percibir de organismos oficiales del Estado, otras aseguradoras o su empleador
- Cualquier ingreso percibido por el desempeño de actividades profesionales

P

Personas aptas: empleados de la empresa (como se define en el contrato corporativo) que cumplen estas condiciones:

- No han cumplido la edad máxima indicada en el contrato corporativo.
- Son empleados fijos. Los empleados con contrato temporal (de más de 6 meses) también pueden tener seguro de vida, de muerte accidental, de pérdida anatómica accidental y de incapacidad permanente. Cualquier excepción sobre cobertura adicional estará en el contrato corporativo.
- Están en servicio activo, y;
- No están trabajando en contra del consejo médico.

Los empleados aptos que no estén trabajando en la fecha de entrada en vigor del contrato corporativo o en la fecha de comienzo de la cobertura, debido a baja certificada por enfermedad o a incapacidad serán aptos para la cobertura tras completar un mes de empleo (según el contrato corporativo).

(Propio) puesto: trabajo que el empleado asegurado desempeña a tiempo completo en el momento en que fallece (en el caso del seguro de vida o de muerte accidental) o pérdida anatómica (en el caso del seguro de pérdida anatómica accidental) o en el momento en el que recibe la baja por enfermedad (en el caso del seguro de incapacidad a corto plazo).

Puesto adecuado: es una ocupación para la que el empleado asegurado es razonablemente apto, según su formación, capacidades y experiencia.

S

Salario bruto anual: cantidad total que el asegurado recibe al año como pago salarial, antes de deducir los impuestos. Incluye las comisiones y las bonificaciones contractuales. No incluye, en cambio, ningún otro tipo de remuneración indirecta (como el vehículo de empresa, el alojamiento, las horas extraordinarias o los incentivos discrecionales). Cuando se nos da un salario semanal, lo multiplicamos por 52 para calcular el salario bruto anual. Cuando se nos da un

salario diario, lo multiplicamos por 5 para calcular el salario semanal y luego lo multiplicamos por 52 para calcular el salario bruto anual.

Servicio activo: significa que el empleado asegurado cumple todas estas condiciones:

- Está trabajando
- Está realizando todas las obligaciones de su puesto
- No está trabajando en contra del consejo médico

Suceso único: es un accidente o desastre natural que tiene una duración máxima de 72 horas. En caso de desastre natural, si las perturbaciones ocurren durante más de 72 horas consecutivas, se considerará como varios sucesos, cada uno de ellos durante un máximo de 72 horas. El «límite por suceso único» se especifica en la tabla de prestaciones.

Notas:

- En caso de tornado, huracán, ciclón o tempestad, las solicitudes de pago se tratarán como un suceso único si están vinculadas con el fenómeno atmosférico.
- En caso de terremoto, erupción volcánica o maremoto, las solicitudes de pago se tratarán como un suceso único si el epicentro es único y compartido.

Suma asegurada: es la cantidad máxima que abonaremos en caso de un suceso, conforme al contrato corporativo. Los detalles sobre la suma asegurada están en la tabla de prestaciones.

T

Tareas sustanciales: deberes que normalmente se necesitan para el desempeño de una profesión y no pueden razonablemente omitirse o modificarse.

Exclusiones

No se pagará ninguna prestación si la solicitud de pago es resultado de lo siguiente.

ABUSO DE SUSTANCIAS

Abuso de alcohol, disolvente o drogas. El abuso de drogas incluye el abuso de medicamentos legales o ilegales, tanto con receta como sin receta.

CONTAMINACIÓN QUÍMICA Y RADIATIVIDAD

Contaminación química o biológica, exposición a radiactividad o cualquier material nuclear, incluidos los combustibles nucleares.

ENFERMEDADES CONTRAÍDAS INTENCIONALMENTE Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS

Enfermedades causadas intencionalmente o lesiones autoinfligidas, incluyendo el suicidio, durante el primer año de la póliza (esta exclusión sólo se aplica a la cobertura voluntaria, cuando el empleado asegurado decide contratar un seguro adicional además del ofrecido en el plan de la empresa).

PARTICIPACIÓN EN GUERRAS O ACTOS CRIMINALES

Participación activa en lo siguiente:

- Guerra
- Revueltas
- Disturbios civiles
- Terrorismo
- Actos criminales
- Actos ilegales
- Actos contra cualquier hostilidad extranjera (se haya declarado una guerra o no)

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, o;

- Viajar o permanecer, durante más de 28 días por estancia, 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 ocurra directa o indirectamente como consecuencia de guerra, disturbios, alteración del orden público, terrorismo, actos criminales o ilegales o de defensa contra cualquier tipo de hostilidad, tanto si se ha declarado una guerra como si no.

VOLAR EN AERONAVE

Volar en aeronave (incluyendo helicópteros) salvo cuando el asegurado sea un pasajero y el piloto tenga la licencia correspondiente, o salvo cuando el asegurado sea un piloto militar que haya presentado el plan de vuelo ante las autoridades aeroportuarias cuando así lo exija la normativa local.

Nota: Pueden aplicarse exclusiones adicionales cuando se requiere evaluación médica.

Tabla de referencia de la pérdida anatómica accidental

Pago parcial	Porcentaje pagadero de la suma asegurada
--------------	------------------------------------------

1. Cabeza

1.1 Pérdida irrevocable de la vista en un ojo	40%
1.2 Pérdida irrevocable del oído en una oreja	30%
1.3 Extracción parcial de la mandíbula o de mitad de los huesos maxilares	40%
1.4 Pérdida de médula ósea del cráneo en su espesor total:	
1.4.1 con superficie desde 3 a 5 cm ²	20%
1.4.2 con superficie superior a 5 cm ²	40%

2. Extremidades superiores

	Izquierda	Derecha
2.1 Pérdida de un brazo o una mano	50%	60%
2.2 Pérdida de un pulgar	15%	20%
2.3 Pérdida parcial de un pulgar	5%	10%
2.4 Pérdida definitiva de un hueso del brazo	40%	50%
2.5 Pérdida considerable de los dos huesos del antebrazo	30%	40%
2.6 Parálisis:		
2.6.1 Parálisis de una extremidad superior	55%	65%
2.6.2 Parálisis del nervio radial del antebrazo	25%	30%
2.6.3 Parálisis del nervio axilar	15%	20%
2.6.4 Parálisis del nervio ulnar	25%	30%
2.6.5 Parálisis del nervio radial de la mano	15%	20%
2.6.6 Parálisis del nervio mediano	35%	45%
2.6.7 Parálisis del nervio radial de la muñeca	35%	40%

2.7 Anquilosis:			
2.7.1	Muñeca en una posición favorable (derecha y con pronación)	15%	20%
2.7.2	Muñeca en una posición no favorable (doblada o torcida o en posición supina)	25%	30%
2.7.3	Codo en una posición favorable (15 grados del ángulo recto)	20%	25%
2.7.4	Codo, en una posición no favorable	35%	40%
2.7.5	Hombro	30%	40%
2.7.6	Pulgar	15%	20%
2.8 Amputación:			
2.8.1	Pérdida del dedo índice	10%	15%
2.8.2	Pérdida de dos falanges del dedo índice	8%	10%
2.8.3	Pérdida de la falange distal del dedo índice	3%	5%
2.8.4	Pérdida de un dedo que no sea el pulgar, el índice o el medio	3%	7%
2.8.5	Pérdida del pulgar y del índice	25%	35%
2.8.6	Pérdida de cuatro dedos de la mano, excluyendo el pulgar	35%	40%
2.8.7	Pérdida de cuatro dedos de la mano, incluyendo el pulgar	40%	45%
2.8.8	Pérdida de tres dedos de la mano, excluyendo el pulgar y el índice	15%	20%
2.8.9	Pérdida de dos dedos de la mano, excluyendo el pulgar y el índice	8%	12%
2.8.10	Pérdida del pulgar y de otro dedo de la mano que no sea el índice	20%	25%
2.8.11	Pérdida del dedo medio	8%	10%

3. Extremidades inferiores

3.1	Pérdida de un pie	45%
3.2	Pérdida parcial de un pie	35%
3.3	Pérdida del hueso del muslo o de ambos huesos de la pierna	60%
3.4	Daño a la rodilla con grave separación de los fragmentos de la articulación y marcada dificultad de movimiento	40%
3.5	Daño a la rodilla que limita los movimientos	20%

3.6 Acortamiento de una extremidad inferior:	
3.6.1 Superior a 3 cm	20%
3.6.2 Superior a 5 cm	30%
3.7 Parálisis:	
3.7.1 Extremidades inferiores	60%
3.7.2 Pérdida del nervio ciático poplíteo externo	30%
3.7.3 Pérdida del nervio ciático poplíteo interno	20%
3.7.4 Parálisis total de ambos nervios poplíteos	40%
3.7.5 Pérdida de todos los dedos del pie	25%
3.8 Anquilosis:	
3.8.1 Cadera	40%
3.8.2 Rodilla	20%
3.8.3 Dedo gordo del pie	10%
Prestación completa	Porcentaje pagadero de la suma asegurada

4. Extremidades superiores e inferiores

4.1 Pérdida de ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
4.2 Pérdida de ambos brazos o ambas piernas	100%
4.3 Pérdida de ambos pies	100%
4.4 Pérdida de un brazo y una pierna	100%
4.5 Pérdida de un brazo y un pie	100%
4.6 Pérdida de una mano y una pierna	100%
4.7 Pérdida de una mano y un pie	100%
4.8 Extracción de la mandíbula	100%
4.9 Pérdida irrevocable de la capacidad de hablar debido a trauma	100%
4.10 Pérdida irrevocable del oído en ambas orejas	100%

Nota: Para una persona zurda, siempre que el empleado asegurado haya declarado serlo en la solicitud de pago de prestación, los porcentajes aplicables a las extremidades derechas se aplicarán a las extremidades izquierdas y viceversa. Las prestaciones totales no superarán el 100% del límite máximo que se indica en la tabla de prestaciones.

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

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


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

Si no puede acceder a los números gratuitos desde un teléfono móvil, llame a uno de los números anteriores.






Las llamadas a la línea de asistencia se graban y podrían utilizarse para formación del personal y control de calidad y legalidad. Sólo el asegurado principal (o una persona designada para actuar en su nombre) o el administrador de la póliza colectiva 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

 Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/AllianzCare/
 www.linkedin.com/company/allianz-care
 www.youtube.com/c/allianzcare
 www.instagram.com/allianzcare/
 twitter.com/AllianzCare