



Guía de prestaciones para la empresa

Embrace – Soluciones internacionales de vida e incapacidad

Validez: 1 de junio de 2024

Bienvenido

Puedes contar con Allianz Partners como tu aseguradora internacional de vida e incapacidad, para proteger el futuro de tus empleados y sus familias, sin importar lo que depare el futuro.

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

Para aprovechar al máximo la cobertura de vida e incapacidad grupal de la empresa, lee esta guía junto con la tabla de prestaciones.

Nivel superior de servicio	5
Condiciones de la cobertura	6
Explicación de la cobertura	7
Seguro de vida e incapacidad	10
Evaluación médica	18
Proceso de reembolso	20
Pago de primas	27
Administración del plan	28
Estas cláusulas también se aplican al plan de la empresa	31
Protección de datos	34
Protocolo para quejas	35
Definiciones	36
Exclusiones	39
Tabla de referencia de la pérdida anatómica accidental	41

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

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

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



Nivel superior de servicio

Queremos darte el nivel superior de servicio que te mereces.

En las siguientes páginas te describimos la amplia gama de prestaciones de vida e incapacidad que ofrecemos. Descubre cómo puedes garantizar la protección y la seguridad financieras de tus empleados y sus familiares, en el desafortunado caso de muerte o invalidez.

¡Habla con nosotros, nos encanta ayudar!

Nuestra línea multilingüe de asistencia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para resolver cualquier duda sobre la póliza de tu empresa o si tú o tus empleados y sus dependientes necesitan ayuda.

Línea de asistencia

 +353 1 630 1304

Para ver nuestros números gratuitos, ve a

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

 client.services@e.allianzcare.com

¿Sabías que...

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

Condiciones de la cobertura

Esta guía describe las prestaciones y condiciones generales de la póliza de vida e incapacidad adquirida por tu empresa.

La tabla de prestaciones describe los planes seleccionados por tu empresa y ofrece un listado de las prestaciones cubiertas para los empleados asegurados. También 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 la sección «Definiciones». «La empresa» y «tu 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 Care.

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 obtener una explicación de cómo se aplican los límites de prestaciones a tu plan de empresa, consulta la sección «Límites de prestaciones».

Las prestaciones también están sujetas a nuestras definiciones y exclusiones (incluidas también en este documento).

¿Qué cubrimos?

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



Indemnización por muerte accidental



Pérdida anatómica accidental



Incapacidad permanente



Seguro de vida

Complementos opcionales:



Incapacidad a corto plazo



Incapacidad a largo plazo



Exención de contribución a la pensión

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?

Las personas aptas son todos los empleados 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 del médico.

Nota: es responsabilidad de la empresa asegurarse de que los empleados aptos para la cobertura se incluyan desde el primer día que sean aptos.

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 evaluación médica será necesaria si la persona apta desea 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

Si has aprobado la solicitud de un empleado para una baja (hasta seis meses) le consideraremos apto para la cobertura, salvo cuando la baja esté relacionada con una enfermedad o una lesión que le impida realizar las obligaciones de su trabajo. Algunos ejemplos de baja preautorizada serían maternidad, paternidad, sabáticos, vacaciones o excedencia. Continuarás 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 distinta 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 distinta se especificará en el contrato corporativo.

Seguro de vida e incapacidad

Consulta la tabla de prestaciones para comprobar cuál es la cobertura específica que se aplica a tu plan de empresa.

Seguro de vida

El producto de seguro de vida ofrece protección económica y seguridad a los beneficiarios en el caso desafortunado del fallecimiento del asegurado. La prestación se abonará en un solo pago. Esta cantidad puede ser una cantidad fija o un múltiplo del salario bruto anual del asegurado, sujeto al límite máximo acordado. Consulta la tabla de prestaciones para comprobar cuáles son las prestaciones específicas que se aplican a tu plan de 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 las prestaciones están en la tabla de referencia de pérdida anatómica accidental.

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

Si 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.

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 enumera las prestaciones específicas que se aplican a tu plan de empresa.

Seguro de incapacidad total permanente

El seguro de incapacidad total permanente proporciona un pago único 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 66,66%.

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, habilidades 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.

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 para incapacidades inferiores al 33,33%

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

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

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

Si el grado de incapacidad supera el 66,66% 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 emperará 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, cuando la incapacidad permanente esté relacionada con algo de lo siguiente:

1. Pérdida anatómica
2. Parálisis
3. Anquilosis
4. Amputación

Límite combinado de prestación

El límite máximo de prestaciones para una combinación de cobertura de vida, muerte accidental, Pérdida anatómica accidental e incapacidad permanente es de 4 millones de euros (**esto se aplicará durante toda la vida de un empleado asegurado**).

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:

- Las tareas sustanciales de su propio puesto, y
- 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 diferente 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 tres meses. Transcurridos tres meses desde la fecha de vuelta al trabajo, cualquier solicitud de extensión del pago parcial se remitirá a nuestro director médico.

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

- Cuando se alcance el límite máximo de la prestación que se indica en la tabla de prestaciones.
- Cuando el empleado asegurado cumple 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, o en su propio puesto o uno apropiado en el caso de incapacidad a largo 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 decidir lo siguiente:

- Si estamos dispuestos a asegurar la cantidad total solicitada, y
- 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, también 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) supera el LAA, el afiliado debe someterse a evaluación médica para la cantidad que supere el LAA.

Si no hay LAA para la póliza activa, se evalúa toda la suma asegurada.

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

Si se requiere evaluación médica los afiliados deben declarar todas las enfermedades preexistentes. Si no se declara alguna enfermedad preexistente, pueden rechazarse los reembolsos futuros.

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

- 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.
- 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.

Condiciones similares: durante el proceso de cotización de nuevas empresas, podemos o no ofrecer un presupuesto con «condiciones similares». Con «Condiciones similares» queremos decir que continuaremos ofreciendo las mismas condiciones de evaluación médica y límite de aceptación automática (LAA) que la empresa tiene con su aseguradora actual.

Para más información, lee nuestra [guía para la evaluación médica de vida e incapacidad](#).

Proceso de reembolso

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

- 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 de seis meses.
- Salvo cuando se indique de otro modo, Allianz Partners no tiene obligaciones respecto a casos que ocurran después de la fecha de finalización de la cobertura del seguro.
- 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.
- Las prestaciones aptas se pagarán en la divisa indicada en el contrato corporativo.
- La empresa acepta ayudarnos a obtener toda la información necesaria para tramitar las solicitudes de pago de prestación. Tenemos derecho a acceder a tu historial médico y a establecer contacto directo con el proveedor médico o el doctor que trate a tu empleado. Podemos, a nuestro propio cargo, pedir una revisión médica realizada por un médico independiente 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.
- 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.

- 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

Durante un momento difícil en el que un miembro del equipo o su ser querido está lidiando con una solicitud de reembolso de vida o incapacidad, reconocemos la importancia de proporcionar apoyo y compasión. Nuestro objetivo es garantizar que el proceso de solicitud de reembolso sea sencillo y eficiente.

Para iniciar tu solicitud de reembolso, visita nuestro portal de reembolsos Embrace (solo disponible en inglés) y sigue estos sencillos pasos:

1. Visita www.allianzcare.com/ldadd-claims
2. Completa los detalles de tu solicitud de reembolso de forma segura en línea.
3. Por último, sube la documentación adicional.

Con nuestro portal de reembolsos Embrace, también puedes monitorear el estado de cualquier reembolso solicitado en tiempo real y enviar tus consultas en línea a nuestro equipo. Alternativamente, puedes solicitarlo sin conexión enviándonos 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 y muerte accidental cumplimentado	✓	X	✓	X
Copia compulsada* del certificado de defunción	✓	X	✓	X
Formulario de solicitud de pago de anticipo del seguro de vida cumplimentado	X	✓	X	X
Certificado médico de enfermedad terminal cumplimentado	X	✓	X	X
Atestado policial o de accidente (en caso de accidente)	✓	✓	✓	✓
Formulario de solicitud de pago prestación por pérdida anatómica accidental cumplimentado	X	X	X	✓
Certificado médico para pérdida anatómica accidental cumplimentado	X	X	X	✓
Cualquier otro documento que se requiera para evaluar la solicitud	✓	✓	✓	✓

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

¿Cuándo se abona la 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.

Si solo hay un plan de incapacidad a largo plazo, 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 tabla anterior. Pagaremos las prestaciones una vez aceptemos la solicitud de reembolso como válida y se haya completado el período de franquicia temporal.

¿Cuándo se abona 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 independiente 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.

El pago de cualquier prestación por incapacidad estará sujeto a la evaluación de un experto médico independiente nombrado por nosotros y nuestra aprobación. Si la empresa o el empleado asegurado discrepan de la evaluación del experto médico independiente 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 independiente, 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.

Cancelación (debido a un impago)

No pagar la prima adeudada por la póliza en el plazo acordado, acordado en el contrato corporativo, puede resultar en la cancelación de esta póliza. Además:

- Los reembolsos por solicitudes nuevas o existentes pueden rechazarse o retrasarse debido a un impago de la prima.
- Cuando una póliza ha caducado, la reactivación de una nueva póliza no puede antedatarse para cubrir un reembolso que pueda haber ocurrido en el tiempo desde que la póliza expiró.

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 puedes 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 para la incorporación, según el contrato corporativo y sujeto a sus condiciones. Si solo una parte del personal es apto en este acuerdo corporativo, esas categorías aptas deberán acordarse y mencionarse en el acuerdo corporativo.

Nota: es responsabilidad de la empresa asegurarse de que los empleados aptos para la cobertura se incluyan desde el primer día que sean aptos.

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.

Cambiar el 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, la idoneidad y los reembolsos, 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 escribas, usa correo electrónico o correo postal con franqueo pagado. Normalmente no devolvemos los documentos, pero lo haremos si nos lo pides.

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 estés utilizando nuestro modelo de administración simplificada, consulta tu acuerdo corporativo para obtener toda la información sobre el 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 con nosotros.
- 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:

- la elegibilidad del empleado para incorporarse al plan;
- la prima que debe abonar la empresa;
- si procede pagar un reembolso.

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.

Cláusula de suspensión por sanción: las prestaciones, la cobertura y las solicitudes de pago se suspenderán si un elemento de la cobertura, prestación, actividad o negocio subyacente o no nos expone a:

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

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

Las cantidades que pagamos: nuestra responsabilidad hacia la empresa está limitada a las cantidades indicadas en la tabla de prestaciones y cualquier cláusula adicional de la póliza. La cantidad determinada, 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 ti, pero no somos responsables de retrasos o fallos en nuestras obligaciones causados por cosas que están fuera de nuestro razonable control. Ejemplos de esto son fenómenos atmosféricos extremos, inundaciones, corrimientos de tierra, terremotos, tormentas, rayos, fuego, hundimientos, epidemias, actos de terrorismo, acciones de hostilidad militar (se haya declarado una guerra o no), disturbios, explosiones, huelgas u otros conflictos laborales, alteración del orden público, sabotaje y expropiación por las autoridades gubernamentales.

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.

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

Nuestro aviso sobre protección de datos explica cómo protegemos tu privacidad y tratamos la información personal de tus empleados. Léelo antes de enviarnos datos personales. Para leer nuestro aviso sobre protección de datos, visita

 www.allianzcare.com/es/privacidad

También puedes llamarnos para solicitar una copia en papel.

 +353 1 630 1304

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

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

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, por favor escríbenos:

 +353 1 630 1304

 client.services@e.allianz.com

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

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

Para más detalles visita:

 www.allianzcare.com/es/quejas.html

También puedes ponerte 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 algunos de los términos que siguen se mencionen en los documentos de la póliza de su empresa, su significado será el que se indica a continuación:

A

Accidente

Suceso inesperado y repentino, que provoca una lesión y que se debe a una causa externa al asegurado. La causa y los síntomas de la lesión tienen que ser médica y objetivamente definibles, poder diagnosticarse y necesitar una terapia.

Activamente en el trabajo

Significa que el empleado asegurado cumple todas estas condiciones:

- Está trabajando; y
- Está realizando todas las obligaciones de su puesto; y
- No están trabajando en contra del consejo del médico.

Ajuste del coste de la vida

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

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.

Aseguradora/Compañía/Nosotros

Allianz Partners.

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 e hijos que dependan económicamente del empleado asegurado, hasta el día antes de su 18 cumpleaños, o hasta el día antes de su 26 cumpleaños si cursan estudios superiores, y que aparecen nombrados en el plan corporativo.

E

Edad máxima

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 nombrada en el contrato corporativo.

Enfermedades preexistentes

Enfermedades en las que se han presentado uno o más síntomas en algún momento de la vida del asegurado. 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 la prestación evaluada, o
- 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.

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.

F

Fecha de inicio

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

Fecha de inicio de la cobertura

Fecha en la que la cobertura del plan corporativo empieza para cada asegurado.

Fecha de vencimiento

Fecha de vencimiento del año de seguro y que se especifica en el contrato corporativo.

Franquicia temporal (prestaciones por incapacidad)

Periodo 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

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

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.

O

Otros ingresos

- 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.
- No están trabajando en contra del consejo del médico.

Nota: es responsabilidad de la empresa asegurarse de que los empleados aptos para la cobertura se incluyan desde el primer día que sean aptos.

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

Ocupación para la que el empleado asegurado es razonablemente apto, según su formación, capacidades y experiencia.

S

Salario bruto anual

Pago salarial anual 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.

Suceso único

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

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 O BIOLÓGICA Y RADIOACTIVIDAD

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, que ocurran durante el primer año de cobertura. Esta exclusión solo se aplica a la cobertura voluntaria (si la aseguradora la aprueba), cuando el empleado asegurado opta por contratar un seguro adicional superior al ofrecido por el plan de la empresa.

PARTICIPACIÓN EN GUERRAS O ACTOS CRIMINALES

Participación activa en las siguientes actividades, independientemente de que se haya declarado o no una guerra:

- Guerra
- Revueltas
- Disturbios civiles
- Terrorismo
- Actos criminales
- Actos ilegales

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 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.

VUELO EN AERONAVE

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

Nota: se pueden aplicar exclusiones adicionales según el perfil de riesgo de la empresa o cuando se requiera evaluación médica.

Tabla de referencia de la pérdida anatómica accidental

PRESTACIÓN PARCIAL		PORCENTAJE 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	Remoción 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 (con una posibilidad de movimiento limitada a 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	Extremidad inferior	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 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	Remoción 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.

¡Habla con nosotros, nos encanta ayudar!

Si tienes alguna duda, ponte en contacto con nosotros:

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

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

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

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

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 tu nombre) o el administrador de póliza colectiva pueden hacer cambios en la póliza. Cuando llames, el equipo de la línea de asistencia te pedirá contestar a unas preguntas de seguridad para confirmar tu identidad.

 client.services@e.allianz.com

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

 www.allianzcare.com