



Guía de prestaciones

Flexicare – Planes de atención médica a corto plazo para ti y tu familia
Validez: 1 de Junio 2024

Bienvenido

Tú y tu familia podéis confiar en que Allianz Care, como tu aseguradora, os dará acceso a la mejor atención posible.

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

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

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

Cómo usar tu cobertura

Servicios de apoyo	5
Entendiendo cómo funciona tu cobertura	8
¿Necesitas atención médica?	11
Información adicional sobre el reembolso de tus gastos	16

Condiciones generales de la cobertura

Condiciones generales	19
Administración de tu póliza	20
Pago de primas	24
Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura	26
Protección de datos	29
Protocolo para quejas y resolución de disputas	30
Definiciones	32
Exclusiones	38

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

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

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

Cómo usar tu cobertura



Servicios de apoyo

Queremos darte el nivel superior de servicio que te mereces. En las siguientes páginas te describimos la amplia gama de servicios que ofrecemos. Sigue leyendo para descubrir lo que está disponible para ti.

¡Habla con nosotros, nos encanta ayudar!

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

Línea de asistencia

 +353 1 630 1304

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

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

 client.services@e.allianz.com

¿Sabías que...

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

Servicios web

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

- Buscar proveedores médicos (no estás obligado a usar los proveedores listados en nuestro directorio).
- Descargar formularios.
- Acceder a nuestras guías de salud.
- Acceder a nuestro portal «My expat life»: desde planificar un traslado a instalarte en tu nuevo país, encontrarás todo lo que necesitas saber sobre trasladarse al extranjero.



1.1.3 Servicios para afiliados incluidos en tu cobertura

Tu póliza no solo cubre tus gastos médicos. También incluye una gama de servicios gratuitos para afiliados en cualquier momento y lugar.



PAE — Programa de asistencia al expatriado

Cuando surgen dificultades en la vida o en el trabajo, nuestro programa PAE te ofrece a ti y a tus dependientes apoyo inmediato y confidencial. Este servicio incluye:

- **Asesoramiento profesional confidencial en persona, por teléfono o por vídeo** sobre temas como el estrés, el equilibrio entre el trabajo y la vida, la crianza de los hijos, la ansiedad, el choque cultural, problemas de adicción, etc.
- **Servicios de derivación jurídicos y financieros**, por ejemplo, para ayudar a comprar una casa, manejar una disputa legal o hacer un plan financiero completo.



Servicios de seguridad en viaje

Acceso las 24 horas a información y consejo sobre seguridad personal para tus viajes, útil mientras el mundo sigue presenciando un aumento en las amenazas a la seguridad. Puedes acceder a lo siguiente:

- **Línea de asistencia para emergencias:** habla con un especialista sobre cualquier cuestión de seguridad relacionada con tu destino de viaje.
- **Inteligencia sobre el país:** información y consejo relativos a muchos países.
- **Noticias diarias de seguridad:** recibe alertas sobre sucesos de alto riesgo en tu ubicación o áreas cercanas, incluyendo terrorismo y riesgos meteorológicos graves.

Para más información o para acceder a los servicios para afiliados, visita:



www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html

***Algunos servicios que pueden incluirse en tu plan los prestan proveedores externos ajenos al Grupo Allianz, como el programa de asistencia al expatriado, los servicios de seguridad en viaje, la aplicación de aptitud física, la segunda opinión médica y los servicios de telemedicina. Si se incluyen en tu plan, estos servicios aparecerán en tu tabla de prestaciones. Estos servicios se ponen a tu disposición sujetos a tu aceptación de las condiciones generales de tu póliza y las condiciones generales de los terceros. Estos servicios pueden estar sujetos a restricciones geográficas. La aplicación de aptitud física no proporciona consejo médico o de salud y los recursos para el bienestar incluidos en Olive tienen únicamente carácter informativo. La aplicación de aptitud física y los recursos para el bienestar incluidos en Olive no deberían considerarse sustitutos del consejo profesional (médico, físico o psicológico). Tampoco son sustitutos del diagnóstico, el tratamiento, la evaluación o la atención que puede que necesites de tu propio médico. Entiendes y aceptas que AWP Health & Life SA sucursal irlandesa o AWP Health & Life Services Limited no son responsables de ninguna reclamación, pérdida o daño causado directa o indirectamente por tu utilización de estos servicios de terceros.*

Entendiendo cómo funciona tu cobertura

¿Para qué estoy cubierto?

Tú y tus dependientes estáis cubiertos para la atención médicamente necesaria y los costes, servicios y suministros relacionados que surjan de la aparición o empeoramiento de una enfermedad, conforme a tu tabla de prestaciones. Dentro del ámbito de tu póliza, estás cubierto para atención médica, costes, servicios o suministros que:

- Determinemos que son médicamente necesarios y apropiados para la enfermedad o lesión del paciente.
- Tengan una finalidad paliativa, curativa o diagnóstica.
- Estén realizados por un médico, dentista o terapeuta licenciado.

Tu cobertura también está sujeta a lo siguiente:

- Definiciones y exclusiones de la póliza (incluidas también en este guía).
- Cualquier condición especial indicada en tu certificado de seguro (y en la carta de condiciones especiales emitida antes del comienzo de la póliza, si las hay).
- Cualquier cláusula adicional, estas condiciones generales y cualquier otro requisito legal.
- **Que los costes sean razonables y habituales.** Los costes que son habituales en el país en que se presta la atención médica. Solamente reembolsaremos proveedores médicos cuando sus cargos sean conforme a los procedimientos médicos estándar y generalmente aceptados. Si consideramos un reembolso inadecuado, nos reservamos el derecho a rechazar o reducir la cantidad que pagamos.

No cubrimos enfermedades preexistentes según las condiciones de esta póliza.

¿Dónde puedo recibir atención médica?

Puedes recibir atención médica en cualquier país de tu área de cobertura, tal como se indica en tu certificado de seguro.

Si la atención que necesitas está disponible a nivel local pero decides viajar a otro país de tu área de cobertura, te reembolsaremos los gastos médicos ocasionados que estén cubiertos según las condiciones de tu póliza, excepto los gastos de viaje.

Si la atención médica apta no está disponible a nivel local y tu cobertura incluye «Evacuación médica», también cubriremos los gastos de desplazamiento al centro médico apropiado más cercano. Para solicitar los gastos médicos y de viaje ocasionados en estas circunstancias, deberás completar y enviarnos un formulario de preautorización antes de viajar.

Estás cubierto para los costes aptos ocasionados en tu país de origen, siempre que tu país de origen esté en tu área de cobertura.

¿Qué son los límites de las prestaciones?

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

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

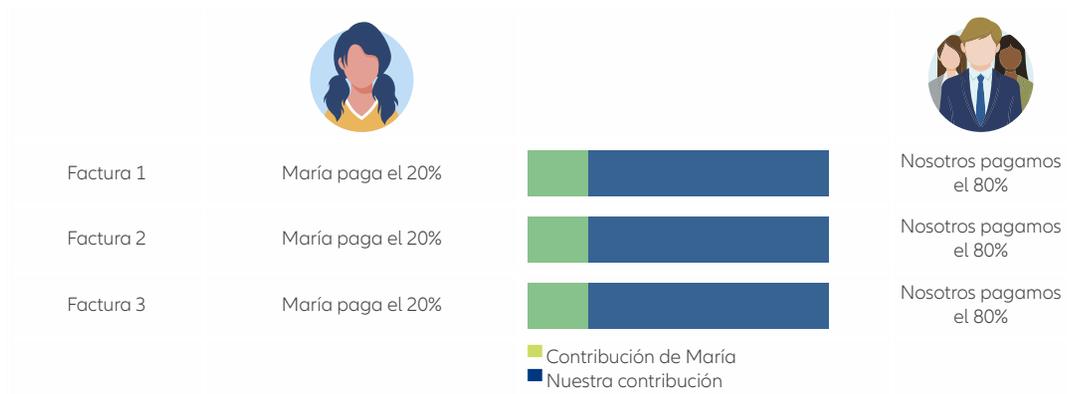
- El término «100%» aparece en la prestación.
- Se aplica un límite específico de prestación. Esto es cuando la prestación está limitada a una cantidad específica (por ejemplo 450 €).

Los límites de prestación se aplican por periodo de seguro.

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

¿Qué son los copagos?

Un copago es un porcentaje del gasto médico que pagas tú. Tu tabla de prestaciones indicará si esto se aplica a tu plan. En el siguiente ejemplo, María necesita varios tratamientos dentales a lo largo del año. Su prestación de atención dental tiene un 20% de copago, lo que significa que nosotros pagaremos el 80% del coste de cada tratamiento apto. La cantidad total reembolsable por nosotros puede estar sujeta al límite máximo del plan.



¿Necesitas atención médica?

Entendemos que buscar atención médica puede ser estresante. Sigue los siguientes pasos para que podamos ocuparnos de la gestión mientras tú te centras en ponerte mejor.

Comprueba tu nivel de cobertura

Primero, comprueba que tu plan cubre la atención que requieres. Tu tabla de prestaciones confirmará lo que está cubierto. De todos modos, siempre puedes llamar a nuestra línea de asistencia si tienes alguna consulta.

Algunos tipos de atención médica necesitan nuestra preautorización

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

A menos que nosotros lo acordemos de otro modo, si haces una solicitud de reembolso sin obtener nuestra preautorización, se aplicará lo siguiente:

- Si posteriormente se demuestra que la atención recibida no era médicamente necesaria, **nos reservamos el derecho a rechazar tu reembolso.**
- Si posteriormente se demuestra que la atención recibida era médicamente necesaria, pagaremos el **80%** de las prestaciones hospitalarias y el **50%** de otras prestaciones.

Atención hospitalaria (se aplica la preautorización)



Descarga un formulario de preautorización de nuestra página web:
www.allianzcare.com/es/recursos/recursos-para-los-afiliados.html



Completa el formulario y envíanoslo al menos **cinco días laborables antes** de la atención médica. Puedes enviarlo por correo electrónico o postal a la dirección indicada en el formulario.



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

En caso de emergencia

Recibe la atención médica de emergencia que necesitas y llama a la línea de asistencia si necesitas ayuda.

Si te hospitalizan, tú, tu médico, uno de tus dependientes o un compañero debe llamar a nuestra línea de asistencia (en un plazo de 48 horas tras la emergencia) para informarnos de la hospitalización. Podemos tomar los datos para el formulario de preautorización al teléfono cuando nos llames.

También podemos tomar los datos de preautorización por teléfono si la atención médica va a tener lugar en las siguientes 72 horas. Ten en cuenta que podríamos rechazar el reembolso si no se obtiene la preautorización, cuando es necesaria.



Solicitar el reembolso de tus gastos ambulatorios y de otro tipo

Si la atención que necesitas no requiere nuestra preautorización, simplemente puedes pagar la factura y solicitarnos el reembolso de los gastos. En ese caso, sigue estos pasos:



Recibe la atención médica y paga al proveedor.



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



Envía el formulario de reembolso totalmente completado junto a tus facturas a claims@allianzworldwidecare.com

Introduce los datos necesarios, añade las facturas y pulsa «Enviar».



Rápida tramitación de solicitudes

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

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



Evacuaciones y repatriaciones

A la primera señal de que necesitas una evacuación o repatriación médica, llama a la línea de asistencia 24 horas y nosotros nos ocuparemos. Debido a la urgencia, te aconsejamos que nos llames por teléfono si es posible. No obstante, también puedes contactar con nosotros por correo electrónico.

Si nos escribes, incluye en el asunto «Urgente - Evacuación/Repatriación».

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

☎ +353 1 630 1304

@ medical.services@e.allianz.com



Atención médica en los EE.UU.

Si tienes cobertura mundial, te ofrecemos acceso sencillo a la atención médica en los EE.UU., a través de nuestro administrador local, apoyando tu acceso a proveedores médicos en el país.

Para acceder a la atención médica en los EE.UU., simplemente muestra tu tarjeta de afiliación; tu proveedor médico se pondrá en contacto con nuestro administrador para ocuparse de cualquier papeleo relacionado con tu atención médica. Pagaremos el coste de tu atención médica directamente a tu proveedor médico, si procede; si eres responsable de alguna parte de los costes, tu proveedor te avisará.

Para consultas o solicitudes de asistencia relacionadas con la atención médica en los EE.UU., encontrarás todos los datos de contacto en el reverso de tu tarjeta de afiliación.



Información adicional sobre el reembolso de tus gastos

Reembolsos médicos

Antes de solicitarnos un reembolso presta atención a estos puntos:

- **Plazo de solicitud.** Debes enviarnos todas las solicitudes de reembolso no más tarde de seis meses tras la finalización del periodo de seguro. Después de este periodo, no estamos obligados a tramitar el reembolso.
- **Envío de solicitudes de reembolso.** Debes solicitar un reembolso separado para cada persona y para cada enfermedad.
- **Documentos de referencia.** Cuando nos envíes copias de documentos (facturas, recibos, etc.), asegúrate de que guardas los originales. Tenemos derecho a pedirte los originales de los documentos y facturas por razones de auditoría hasta 12 meses tras completar tu reembolso. También podríamos pedirte un justificante de pago (extracto del banco o de tarjeta) de las facturas médicas que has pagado. Te recomendamos que guardes copias de toda la correspondencia con nosotros ya que no podemos hacernos responsables de la correspondencia que no nos llega por motivos fuera de nuestro control.
- **Divisa.** Especifica la divisa en la que quieres que te paguemos. En raras ocasiones podríamos no poder pagar en esa divisa debido a las regulaciones bancarias internacionales. Si esto ocurre identificaremos una divisa alternativa apropiada. Si tenemos que convertir de una divisa a otra, usaremos el tipo de cambio en vigencia en la fecha de emisión de las facturas o en la fecha en que te pagamos el reembolso.

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

- **Reembolso.** Sólo reembolsaremos (dentro del límite de tu póliza) los costes aptos tras considerar cualquier preautorización, franquicia o copago descritos en la tabla de prestaciones.
- **Costes razonables y habituales.** Sólo reembolsaremos los cargos que sean razonables y habituales según los procedimientos médicos estándar y generalmente aceptados. Si consideramos un reembolso inadecuado, nos reservamos el derecho a rechazar tu reembolso o reducir la cantidad que pagamos.

- **Depósitos.** Si tienes que pagar un depósito antes de recibir la atención médica, reembolsaremos este coste solamente después de que la atención médica se haya terminado.
- **Dar información.** Aceptas ayudarnos a obtener toda la información que necesitamos para tramitar un reembolso. Tenemos derecho a acceder a tu historial médico y a establecer contacto directo con el proveedor de la atención médica o el médico tratante. Podríamos solicitar, a nuestro propio cargo, una revisión médica realizada por nuestros médicos si creemos que es necesario. Toda la información se tratará con la más estricta confidencialidad. Nos reservamos el derecho a suspender prestaciones si no nos ayudas a obtener la información que necesitamos.

Atención médica necesaria por culpa de terceros

Si solicitas el reembolso de gastos médicos necesarios por culpa de terceros, debes escribirnos y contárnoslo lo antes posible. Por ejemplo, si necesitas atención médica por una lesión provocada en un accidente de tráfico del que no tienes la culpa. Haz lo posible para obtener los datos del seguro de la persona responsable. Así podremos recuperar de la otra aseguradora el coste de los gastos médicos que hayamos pagado. Si recibes por parte de terceros el reembolso de algún gasto que ya te hayamos pagado, deberás devolvernos esa cantidad (y cualquier interés derivado).

Condiciones generales de la cobertura



Condiciones generales

Esta sección describe las prestaciones y las condiciones de tu póliza de salud. Léela junto a tu certificado de seguro y tu tabla de prestaciones.

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

- La **guía de prestaciones** (este documento), que explica las prestaciones estándar y las reglas de tu póliza de seguro de salud. Léela junto a tu certificado de seguro y tu tabla de prestaciones.
- El **certificado de seguro**. Indica los planes elegidos, la fecha de comienzo y fin de la póliza y el área geográfica de cobertura. Si se aplican otras condiciones específicas a tu cobertura, se indicarán en el certificado de seguro. También se habrán detallado en la carta de condiciones especiales que te enviaremos antes de que comience a tener efecto tu cobertura. Te enviaremos un certificado de seguro actualizado si hacemos algún cambio al que tengamos derecho.
- La **tabla de prestaciones**. Indica los planes elegidos y las prestaciones disponibles, e indica qué prestaciones requieren el envío de un formulario de preautorización. También confirma qué prestaciones tienen límites de prestación, plazos de carencia, franquicias o copagos.
- La **información** que tú (o terceros en tu nombre) nos das en el formulario de afiliación firmado, la solicitud de afiliación online, o bien el formulario de declaración de salud (nos referimos a todos éstos en conjunto como «formulario de afiliación pertinente») u otra información médica de respaldo.

Administración de tu póliza

Cuándo empieza la cobertura

Cuando recibas tu certificado de seguro, eso es nuestra confirmación de que te hemos aceptado en la póliza. Confirmará la fecha de inicio de tu cobertura. No se empieza a pagar ninguna prestación en tu póliza hasta que no se haya pagado la prima por completo.

La cobertura de los dependientes (si los hay) comenzará en la fecha de validez indicada en tu certificado de seguro, en el cual aparecen como dependientes. Tendrás que solicitar la cobertura de tus dependientes al mismo tiempo que solicitas la tuya, ya que no se pueden agregar después de la fecha de vigencia de tu póliza. Su afiliación puede continuar mientras sigas siendo el titular de la póliza y, para los niños, mientras no superen el límite de edad establecido. Los hijos dependientes pueden estar cubiertos en tu póliza hasta el día anterior a su 18 cumpleaños, o el día anterior a su 26 cumpleaños si cursan estudios a tiempo completo. Después de ese tiempo, pueden solicitar su propia cobertura.

Muerte del titular de la póliza o de un dependiente

Esperamos que nunca tengas que consultar esta sección. No obstante, en caso de muerte del titular de la póliza o de un dependiente, infórmalos por escrito en un plazo de 28 días.

Si el titular de la póliza muere, la póliza finalizará y se devolverá la prima del año en curso prorrateada, siempre que no se hayan realizado solicitudes de reembolso. Podemos solicitar un certificado de defunción antes de hacer un reembolso. Alternativamente, y si lo desea, el siguiente dependiente nombrado en el certificado de seguro puede solicitar convertirse en el titular de la póliza y mantener a los demás dependientes en la misma. Si lo solicita en un plazo de 28 días, podemos no añadir, a nuestra discreción, ninguna restricción ni exclusión especial a la cobertura que no se aplicara ya en el momento de la muerte del titular de la póliza.

Si un dependiente muere, se eliminará de la póliza y se devolverá la prima del año en curso prorrateada para esa persona, siempre que no se hayan realizado solicitudes de reembolso. Podemos solicitar un certificado de defunción antes de hacer un reembolso.

Cambiar el país de residencia

Es importante que nos avises cuando cambies tu país de residencia. Esto podría afectar a tu cobertura o a tu prima, incluso aunque te traslades a un país incluido en tu área geográfica de cobertura, ya que tu plan podría no ser válido allí.

Contáctanos para comprobar si tu cobertura es válida en el país al que te vas a trasladar:

@ underwriting@e.allianz.com

En algunos países, la cobertura está sujeta a restricciones legales locales relativas al seguro médico, especialmente para los residentes en ese país. Es tu responsabilidad asegurarte de que tu cobertura médica es legalmente apropiada. Si tienes dudas, consulta con un asesor jurídico independiente, ya que podría sernos imposible seguir cubriéndote. Nuestra cobertura no sustituye a ningún seguro médico obligatorio local.

Cambiar tu dirección postal o correo electrónico

Te enviaremos toda la correspondencia a la dirección que tengamos registrada a menos que solicites lo contrario. Debes avisarnos por escrito lo antes posible de cualquier cambio en la dirección de tu domicilio, lugar de trabajo o correo electrónico.

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.

Tu derecho a cancelar

Puedes cancelar el contrato para todas las personas aseguradas, o solamente para uno o más dependientes, en un plazo de 30 días tras la fecha en la que recibes la documentación con las condiciones generales de tu póliza o tras la fecha de inicio de la póliza, cualquiera que sea posterior. No puedes antedatar la cancelación de tu afiliación.

Si quieres cancelar, completa el formulario «Derecho a cambiar de opinión» que se incluyó en tu paquete de bienvenida. Puedes enviarnos este formulario por correo electrónico:

@ underwriting@e.allianz.com

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

Si cancelas tu contrato en este plazo de 30 días, tendrás derecho a un reembolso total de las primas de los afiliados cancelados para el nuevo año de seguro, siempre que no se hayan hecho solicitudes de reembolso. Si decides no cancelar (ni modificar) tu póliza en este plazo de 30 días, el contrato de seguro será vinculante para ambas partes y deberá pagarse la prima completa del año de seguro seleccionado, según la frecuencia de pago que hayas seleccionado.

Razones por las que tu afiliación podría terminar

Tu afiliación (y la de todas las otras personas listadas en el certificado de seguro) terminará en los siguientes casos:

- Si no pagas alguna de tus primas en el plazo establecido ni antes.
- Si no pagas el importe del impuesto sobre la prima del seguro u otros impuestos que debas pagar conforme a tu contrato con nosotros, en el plazo o antes.
- Si el titular de la póliza muere. Consulta la sección «Muerte del titular de la póliza o de un dependiente» para más información.
- Si existe evidencia razonable de que el titular de la póliza o algún dependiente nos ha engañado o ha intentado engañarnos. Por ejemplo, dándonos información falsa, ocultando datos importantes o colaborando con terceros para darnos información falsa, ya sea de forma deliberada o negligente, que pueda influirnos en nuestra decisión sobre lo siguiente:
 - Si aceptamos una solicitud de cobertura
 - La prima aplicable a pagar
 - Si debemos pagar un reembolso

Consulta la sección «Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura» para más información.

- Si decides cancelar tu póliza, después de avisarnos por escrito en un plazo de 30 días tras recibir las condiciones generales completas o tras la fecha de inicio de tu póliza, cualquiera que sea posterior. Consulta la sección «Tu derecho a cancelar».

Si tu afiliación termina por razones diferentes del fraude o la no declaración de información, te devolveremos las primas que hayas pagado para el período siguiente a la cancelación, tras deducir cualquier cantidad que nos debas.

Si tu afiliación termina, la cobertura de tus dependientes terminará también.

Vencimiento de la póliza

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

Pago de primas

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

Al aceptar la cobertura, has aceptado pagar el importe de la prima que aparece en tu presupuesto, según la forma pago indicada. Debes pagar por adelantado para la duración de tu cobertura. Tienes que pagar la prima inicial o primera cuota inmediatamente después de que aceptemos tu afiliación. Si eliges una cobertura de tres meses, tienes que pagar la cantidad correspondiente a la duración de la cobertura por adelantado, justo después de que aceptemos tu solicitud. Si eliges una cobertura de seis o nueve meses, puedes elegir entre un pago a trimestral o único.

Cuando recibas tu factura, comprueba que la prima se corresponde con la cantidad mostrada en tu presupuesto y ponte en contacto con nosotros inmediatamente si hay alguna diferencia. No nos hacemos responsables de pagos realizados a través de terceros.

Debes pagar la prima en la divisa que elegiste al solicitar la cobertura. Si por alguna razón no puedes pagar la prima, ponte en contacto con nosotros:

 **+353 1 630 1304**

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

Si la prima inicial no se paga en el plazo establecido, tenemos derecho a suspender el contrato mientras el pago siga pendiente. El contrato de seguro se considerará nulo a menos que emprendamos alguna acción judicial en un plazo de tres meses tras la fecha de activación, la fecha de la cobertura, del inicio de la póliza o de la ejecución del contrato. Si no se paga la prima principal en el plazo establecido, podríamos establecer, por escrito y a tu cargo, un límite de tiempo no inferior a dos semanas para que pagues la cantidad pendiente. Después de ese plazo, podríamos rescindir el contrato por escrito con efecto inmediato, quedando exento de reembolsos.

Los efectos de la rescisión cesarán si haces un pago en el plazo de un mes tras la rescisión o, si la rescisión se combinó con el establecimiento de un límite de tiempo, en el plazo de un mes tras la expiración del plazo de pago, siempre que no haya solicitudes de reembolso en el período intermedio.

Pago de otros importes

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

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

Estos cargos pueden estar ya en vigencia cuando te afilias, pero también podrían introducirse (o cambiar) después. Tu factura reflejará estos impuestos. Si cambian o se introducen nuevos impuestos, te escribiremos para informarte.

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

Estas cláusulas también se aplican a tu cobertura

Legislación aplicable

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

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

Quién puede hacer cambios en tu póliza: nadie, excepto un representante nombrado por ti, puede hacer cambios en tu póliza en tu nombre. Los cambios sólo son válidos cuando nosotros los confirmamos por escrito.

Cuando la cobertura la proporciona otra persona: podemos rechazar una solicitud de reembolso si tú o cualquiera de tus dependientes sois aptos para solicitar prestaciones de:

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

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

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

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

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

Fraude:

a) Para pólizas con evaluación médica completa, la información que tú y tus dependientes nos dais debe ser precisa y completa. Por ejemplo, en el formulario de afiliación o documentos de referencia. Si no es correcta o no nos informas sobre algo que podría afectar a nuestra decisión sobre el riesgo, podría anularse tu póliza desde la fecha de inicio. También tienes que informarnos sobre cualquier enfermedad que aparezca entre el momento de completar el formulario y la fecha de inicio de la póliza. Las enfermedades sobre las que no nos informes probablemente no se cubrirán. Si no estás seguro de que cierta información sea importante para la evaluación, llámanos y podremos aclararlo.

Si la póliza queda anulada por haber proporcionado información incorrecta o por haber ocultado información relevante, la prima abonada hasta la fecha de anulación se restituirá al afiliado, con deducción de cualquier cantidad que haya sido abonada para reembolsar gastos médicos. Si la cantidad de los gastos médicos es superior a la prima, el afiliado principal deberá reembolsarnos el exceso.

b) No pagaremos ninguna prestación en estos casos:

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

La cantidad de cualquier reembolso que te hayamos pagado antes de descubrir el acto fraudulento o la omisión se nos deberá inmediatamente. Si el contrato se declara nulo por haber solicitado el reembolso de gastos médicos falsos, fraudulentos o intencionalmente exagerados, o bien por haber utilizado medios fraudulentos para obtener un reembolso, la prima abonada no se reembolsará al abonado ni parcial ni totalmente, y cualquier solicitud de reembolso pendiente quedará rechazada. En caso de solicitudes de reembolso fraudulentas, la póliza se cancela a partir de la fecha en que se descubre el fraude.

Cancelación: cancelaremos tu póliza si no has pagado la prima completa en el plazo establecido. Te informaremos de esta cancelación y el contrato se considerará cancelado a partir de la fecha en la que vence el plazo de pago de tu prima. Sin embargo, si la prima se paga antes de 30 días tras la fecha de vencimiento del pago, la cobertura se reintegrará y se reembolsarán los gastos médicos correspondientes al periodo de demora del pago. Si la prima pendiente se paga después del plazo límite de 30 días, debes rellenar un formulario de confirmación de estado de salud antes de que tu póliza se reactive, sujeto a evaluación médica completa.

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

Protección de datos

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

 www.allianzcare.com/es/privacidad

También puedes llamarnos para solicitar una copia en papel.

 +353 1 630 1304

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

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Protocolo para quejas y resolución de disputas

Para cualquier comentario o queja, el primer punto de contacto es nuestra línea de asistencia. Si no podemos 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 Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublín 12, Irlanda.

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

Para más detalles visita:

 www.allianzcare.com/es/quejas.html

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

Mediación

1. Cualquier desacuerdo relacionado con opiniones médicas sobre una patología o consecuencia de un accidente tiene que comunicársenos en un plazo de nueve semanas tras el planteamiento de la cuestión. Tales desacuerdos se solucionarán entre dos expertos médicos nombrados por ti y por nosotros por escrito.
2. Si los desacuerdos no se pueden resolver conforme a la cláusula 1, las partes intentarán resolver por mediación conforme al Procedimiento Modelo de Mediación del Centro para la Resolución Efectiva de Disputas (CEDR - Centre for Effective Dispute Resolution) cualquier disputa, controversia o reclamación en relación con lo establecido en este contrato o su incumplimiento, terminación o invalidez, cuando el valor sea de 500.000 € o menos y no pueda resolverse de manera amistosa por

las partes. Ambas partes deberán esforzarse en la designación de un mediador por acuerdo mutuo. Si las partes no llegan a un acuerdo sobre la designación del mediador en un plazo de 14 días, una cualquiera de las dos partes, informando a la otra por escrito, puede contactar con el CEDR para que le asignen un mediador.

Para la iniciación de la mediación, una parte deberá notificar por escrito de un Aviso de Resolución de Conflicto Alternativa (ADR - Alternative Dispute Resolution) a la otra parte del conflicto, solicitando la mediación. Debe enviarse una copia del al CEDR. La mediación empezará no más tarde de 14 días tras la recepción de la notificación. Ninguna de las partes puede llevar a la otra a juicio o comenzar un procedimiento de arbitraje por disputas del tipo descrito en la cláusula 2 hasta que no se haya intentado resolver la disputa a través de la mediación, salvo cuando la mediación haya sido interrumpida o la otra parte no haya participado en ella (siempre que el derecho a proceder no haya sido menoscabado por una demora). La mediación se llevará a cabo en el país de la legislación aplicable. El acuerdo de mediación al que se hace referencia en el procedimiento modelo se regirá, interpretará y entrará en vigor de acuerdo con las leyes del país de la legislación aplicable. Los tribunales del país de la legislación aplicable tendrán jurisdicción exclusiva para solucionar cualquier reclamación, disputa o diferencia de opinión que pueda surgir en relación con la mediación.

3. Cualquier disputa, controversia o reclamación que:

- surja o esté relacionada con este contrato (o con su incumplimiento, terminación, interrupción o invalidez) sobre un valor que exceda los 500.000 €; o
- se refiera a la mediación según lo establecido en la cláusula 2 y no haya sido resuelta voluntariamente por mediación en un plazo de tres meses tras la fecha del aviso (ADR);

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

Acciones judiciales

No emprenderás ninguna acción judicial para recuperar ninguna cantidad de la póliza hasta al menos 60 días tras la fecha en que se haya presentado la solicitud de reembolso, ni después de 2 años a partir de esa presentación, a menos que así lo dispongan las regulaciones obligatorias.

Definiciones

Las siguientes definiciones se aplican a nuestros planes médicos. Las prestaciones para las que estás cubierto se listan en tu tabla de prestaciones. Si tu plan incluye alguna prestación no definida aquí, la definición aparecerá en la sección «Notas» al final de tu tabla de prestaciones. Cuando estos términos se mencionen en los documentos de tu póliza, siempre tendrán los siguientes significados:

A

Accidente

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

Agudo

Aparición repentina de síntomas o una enfermedad.

Ambulancia local

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

Antecedentes familiares

Existen cuando un padre, abuelo, hermano, hijo o tío han sido previamente diagnosticados con la enfermedad en cuestión.

Antecedentes familiares directos

Existen cuando un padre, abuelo, hermano o hijo han sido previamente diagnosticados con la enfermedad en cuestión.

Asegurado

Tú y tus dependientes, tal como se indica en el certificado de seguro.

Atención ambulatoria

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

Atención ambulatoria de emergencia

Atención recibida en la sala de urgencias de un hospital o clínica en un plazo de 24 horas tras un accidente o enfermedad repentina, para la que no hay necesidad médica de que ocupes una cama de hospital. Si tu póliza

incluye un plan ambulatorio, cubrirá la atención ambulatoria que exceda el límite de la prestación «Atención ambulatoria de emergencia». En ese caso, se aplicarán las condiciones del plan ambulatorio.

Atención dental ambulatoria de emergencia

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

Atención dental hospitalaria de emergencia

Atención dental aguda de emergencia para el alivio del dolor, que se debe a un accidente grave y requiere ingreso hospitalario. La atención debe recibirse en las primeras 24 horas tras el incidente que ha causado la emergencia. La cobertura no incluye atención dental rutinaria, cirugía dental, prótesis dentales, ortodoncia o periodoncia. Si se presta cobertura para estos tipos de atención, en la tabla de prestaciones aparecerá una prestación específica para ellos.

Atención hospitalaria

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

Atención médica

Intervenciones médicas, quirúrgicas o terapéuticas recibidas para diagnosticar, prevenir, curar o aliviar enfermedades, lesiones y trastornos físicos y mentales.

C

Certificado de seguro

Documento que emitimos y que indica los detalles tu cobertura. Confirma que existe una relación de seguro entre tú y nosotros.

Cirugía ambulatoria

Intervención quirúrgica practicada en la consulta de un médico, hospital, clínica o ambulatorio que no requiere que permanezcas en el centro médico durante la noche por necesidad médica.

Copago

El porcentaje del coste que debes pagar. Por ejemplo, si una prestación tiene un reembolso del 80%, significa que se aplica un copago del 20%, por lo tanto nosotros pagamos el 80% del coste apto de cada servicio apto por asegurado, por periodo de seguro.

D

Dependiente

Tu cónyuge o pareja e hijos solteros nombrados como dependientes en tu certificado de seguro. Los hijos están cubiertos hasta el día anterior a su 18 cumpleaños, o el día anterior a su 26 cumpleaños si estudian a tiempo completo.

E

Emergencia

Aparición repentina e imprevista de una enfermedad que exige atención urgente. Solamente la atención médica que empieza en un plazo de 24 horas tras el episodio de emergencia está cubierta.

Enfermedad crónica

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

- Es de naturaleza recurrente
- No tiene una cura conocida generalmente reconocida
- Generalmente no responde bien al tratamiento
- Requiere cuidados paliativos
- Conduce a una incapacidad permanente

Consulta la tabla de prestaciones para confirmar si las enfermedades crónicas están cubiertas por tu póliza.

Enfermedades preexistentes

Enfermedades en las que se han presentado uno o más síntomas en algún momento de tu vida o la de tus dependientes. Esto se aplica independientemente de que tú o tus dependientes hayáis visto un médico o recibido atención médica. Consideraremos una enfermedad preexistente si podemos asumir razonablemente que tú o tus dependientes teníais conocimiento sobre ella. Tu póliza no cubre enfermedades preexistentes.

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

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

Tales enfermedades preexistentes estarán sujetas a evaluación médica y no se cubrirán.

Especialista

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

Evacuación médica

Se aplica en las siguientes situaciones:

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

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

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

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

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

Debes contactar con nosotros a la primera señal de que necesitas una evacuación. Desde ese momento nosotros organizaremos y coordinaremos la evacuación hasta que llegues de forma segura a tu destino para ser atendido. Si la evacuación no la hemos organizado nosotros, nos reservamos el derecho a rechazar el reembolso de todos los gastos incurridos.

F

Fisioterapia prescrita

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

G

Gastos de acompañante del paciente evacuado o repatriado

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

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

Gastos de la estancia en el hospital de uno de los padres durante el tiempo en que el menor está hospitalizado para recibir atención médica apta. Si no hay camas adecuadas disponibles en el hospital, pagaremos los gastos equivalentes a la tarifa de una habitación de hotel de tres

estrellas. No cubrimos gastos adicionales, como comidas, llamadas telefónicas, periódicos, etc. Consulta tu tabla de prestaciones para comprobar si se aplica un límite de edad a tu hijo.

Gastos de viaje de los asegurados para estar con un familiar cercano que está en peligro de muerte o ha muerto

Gastos razonables de transporte de los familiares asegurados para estar con un familiar cercano que está en peligro de muerte o que ha muerto (hasta la cantidad especificada en la tabla de prestaciones). La cobertura incluye un viaje de ida y vuelta por asegurado por año de seguro. Si el familiar cercano ha muerto, el viaje debe comenzar en un plazo de seis semanas tras la fecha de la muerte.

Un **familiar cercano** es un cónyuge/pareja, padre (incluyendo el padre legalmente adoptivo), padrastro, tutor legal, suegro, hermano (incluyendo hermanastro y cuñado), hijo (incluyendo hijo adoptado, hijo acogido o hijastro), yerno, abuelo o nieto.

Se consideran **costes razonables de transporte** los gastos de transporte de ida y vuelta en tarifa económica. Cuando solicites el reembolso, incluye copias de los billetes de viaje y el certificado de defunción o certificado médico que respalden la razón para viajar. La cobertura no incluye alojamiento en hotel ni otros gastos relacionados.

Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado evacuado o repatriado

Gastos razonables de transporte de todos los familiares asegurados de la persona evacuada o repatriada, incluyendo menores que de otro modo podrían quedar desatendidos. Si todos los familiares no pueden viajar en el mismo vehículo que la persona evacuada/repatriada, pagaremos el viaje de ida y vuelta en clase turista.

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

H

Habitación de hospital

Habitaciones estándar privadas o compartidas, según se indique en la tabla de prestaciones. Las habitaciones de lujo, de ejecutivo y las suites no están cubiertas. Esta prestación se aplica sólo cuando la hospitalización no está relacionada con ninguna otra prestación hospitalaria indicada en la tabla de prestaciones. Por ejemplo, si un asegurado ingresa por tratamiento contra el cáncer, la habitación de hospital estará cubierta en la prestación «Oncología» y no en la prestación «Habitación en hospital». Algunos ejemplos de

prestaciones que ya incluyen la habitación de hospital (si tu plan los incluye) son: «Psiquiatría y psicoterapia», «Trasplante de órganos», «Oncología», «Embarazo y parto», «Cuidados paliativos» y «Cuidados a largo plazo».

Honorarios de especialista

Cargos por atención no quirúrgica administrada por un médico licenciado. Esta prestación no incluye cobertura para un psiquiatra, un psicólogo ni ningún tipo de atención que ya esté cubierta por otra prestación de tu tabla de prestaciones. No cubrimos la atención de un especialista que esté excluida por tu póliza.

Honorarios de médico de cabecera

Honorarios cargados por la atención no quirúrgica administrada por un médico de cabecera.

Honorarios de médicos

Honorarios de consultas, incluyendo honorarios de médico de cabecera y de especialista, ocasionados por atención ambulatoria.

Hospital

Instalación con licencia de hospital de medicina o de cirugía en el país en el que opera y donde el paciente permanece en constante observación médica. No se consideran hospitales los siguientes establecimientos: casas de reposo, residencias de ancianos, balnearios, centros de curación y otros centros de bienestar.

Hospital de día

Atención planificada recibida en un hospital o centro ambulatorio durante el día, incluyendo una habitación de hospital y asistencia de enfermería, que no necesita que te quedes por la noche y en la que se da el alta.

I

Implantes y materiales quirúrgicos

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

M

Medicamentos recetados

Productos que no pueden comprarse sin receta para tratar un diagnóstico o una enfermedad confirmados o para compensar una carencia de sustancias vitales en el cuerpo. Algunos ejemplos son antibióticos, sedantes, etc. Los

medicamentos deben tener eficacia probada para la enfermedad diagnosticada. También deben estar reconocidos por las directrices médicas aceptadas internacionalmente. Puedes solicitar el reembolso de un suministro de hasta 3 meses desde la fecha de la receta, sujeto al tiempo restante de póliza.

Médico

Persona licenciada para practicar la medicina conforme a la ley del país en que presta el servicio y que practica la medicina dentro de los límites de su licencia.

Médico de cabecera

Médico profesional cualificado y licenciado para practicar la medicina conforme a la del país en el que presta el servicio y que practica la medicina dentro de los límites de su licencia.

N

Necesidad médica

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

- Esenciales para identificar y tratar tu enfermedad o lesión.
- Coherentes con tus síntomas, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad subyacente.
- Conformes a la práctica de la medicina generalmente aceptada y los estándares profesionales de la comunidad médica del momento (esto no se aplica a las terapias alternativas si forman parte de tu cobertura).
- Solicitados por razones distintas de tu comodidad o conveniencia o las de tu médico.
- Probados y con valor médico demostrable (esto no se aplica a las terapias alternativas si forman parte de tu póliza).
- Considerados los más apropiados para el tipo y nivel de servicio o material.
- Prestados en las instalaciones apropiadas, en el marco apropiado y con un nivel apropiado de atención para el tratamiento de tu enfermedad.
- Prestados únicamente durante el tiempo apropiado.

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

Nosotros

Allianz Care.

O

Obesidad

Se diagnostica cuando una persona tiene un índice de masa corporal (IMC) superior a 30. Hay una calculadora de IMC disponible en www.allianzcare.com/es/recursos/salud-y-bienestar/calculadora-del-imc.html

Oncología

Honorarios de especialistas, pruebas diagnósticas, radioterapia, quimioterapia y gastos de hospitalización relativos al tratamiento del cáncer, desde el momento del diagnóstico. También cubrimos el coste de artículos protésicos externos por razones cosméticas, como una peluca en caso de pérdida de cabello o un sujetador protésico como consecuencia del tratamiento contra el cáncer.

P

País de origen

País del que tienes un pasaporte válido o que es tu país principal de residencia.

País principal de residencia

País en el que tú y tus dependientes (si se aplica) vivís durante al menos seis meses al año.

Pareja

Persona con la que has convivido en una relación conyugal durante un periodo continuado de 12 meses.

Periodo de seguro

Periodo que empieza en la fecha en que entra en vigencia la póliza, indicada en el certificado de seguro.

Plazo de carencia

Periodo de tiempo que empieza en la fecha de inicio de la póliza (o la fecha de entrada en vigencia si se trata de un dependiente), durante el cual no tienes cobertura para prestaciones específicas. Tu tabla de prestaciones indica qué prestaciones están sujetas a plazos de carencia. Los plazos de carencia no se te aplican si tienes una póliza sin evaluación médica.

Pruebas diagnósticas

Investigaciones como radiografías o análisis de sangre, realizadas con fines diagnósticos. Estas pruebas están cubiertas cuando ya tienes síntomas o cuando se necesitan tras los resultados de otras pruebas. Esta prestación no cubre revisiones anuales o de rutina.

R

Razonable y habitual

Costes de la atención médica que son habituales en el país en que se presta. Sólo reembolsaremos el coste de proveedores médicos cuando sus cargos sean razonables y habituales, y conforme a la práctica convencional de la medicina generalmente aceptada.

Repatriación de restos mortales

Transporte de los restos de la persona asegurada fallecida a su país de origen. Si el asegurado muere en su país de origen, cubriremos el transporte al lugar de entierro o cremación en ese país, o a otro país de origen cuando exista más de un país de origen. Cubrimos costes como embalsamamiento, contenedor para el transporte legalmente apropiado, transporte y las autorizaciones gubernamentales necesarias. Los costes de incineración sólo se cubrirán si la incineración es necesaria por razones legales. No cubrimos los gastos de nadie que acompañe los restos mortales salvo cuando se indique como prestación específica en la tabla de prestaciones.

Repatriación médica

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

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

T

Terapeuta

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

Tú

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

V

Vacunas

- Todas las vacunaciones básicas y las inyecciones de refuerzo conformes a las directrices médicas internacionales que se aplican en el país donde se administran
- La vacunación contra la COVID-19*, donde el gobierno no la ofrezca gratuitamente o la financie sólo parcialmente en tu país de residencia
- Vacunas de viaje médicamente necesarias
- Pastillas de prevención de la malaria

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

*Cubrimos cualquier vacuna para la COVID-19 en estos casos:

- Cuando la vacuna ha completado los procesos de desarrollo clínico necesarios, incluyendo los ensayos clínicos previos a la licencia (fases I, II y III) que demuestran su eficacia y seguridad.
- Cuando la vacuna ha completado el proceso de aprobación de varios pasos para la autoridad reguladora correspondiente y está aprobada para su uso en la jurisdicción en la que la necesitas.
- Cuando el gobierno no la ofrece gratuitamente o la financia sólo parcialmente en el país en que resides.

Cubrimos los costes razonables y habituales de la vacuna para la COVID-19, incluyendo la administración de la inyección, según las políticas sanitarias locales relacionadas con la asignación de vacunas. No pagamos el coste de desplazamiento si decides viajar a un país diferente de donde resides normalmente para obtener la vacuna. La cobertura no pretende darte prioridad en el acceso a la vacuna.

Exclusiones

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

ADQUISICIÓN DE UN ÓRGANO

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

ANÁLISIS GENÉTICOS TRIPLES, CUÁDRUPLES O DE ESPINA BÍFIDA

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

ATENCIÓN MÉDICA EN LOS EE.UU. EN LOS SIGUIENTES CASOS

Atención médica en los Estados Unidos si creemos que la cobertura se adquirió con el fin de viajar a los Estados Unidos para recibir atención médica para una enfermedad o síntomas que ya conocías:

- Antes de estar asegurado con nosotros.
- Antes de tener los EE.UU. en tu área de cobertura.

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

ATENCIÓN MÉDICA FUERA DEL ÁREA GEOGRÁFICA DE COBERTURA

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

CAMBIO DE SEXO

Operaciones de cambio de sexo y tratamientos relacionados, como los siguientes:

- Blefaroplastia
- Implantes malares/de pómulos
- Implantes de barbilla/nariz
- Inyecciones de colágeno
- Estiramiento facial/de frente

- Reducción ósea facial (osteoplastia)
- Eliminación de pelo/trasplante de pelo
- Reducción de mandíbula
- Laringoplastia
- Rinoplastia
- Rejuvenecimiento cutáneo (por ejemplo dermoabrasión, exfoliación química)
- Condrioplastia tiroidea
- Estiramiento del cuello
- Aumento de labios
- Inyecciones de botox y de relleno

CARILLAS DENTALES

Carillas dentales y procedimientos relacionados.

COMPLICACIONES CAUSADAS POR ENFERMEDADES NO CUBIERTAS EN TU PLAN

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

CONSULTAS REALIZADAS POR TI O UN FAMILIAR

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

CONTAMINACIÓN QUÍMICA Y RADIATIVIDAD

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

DEPORTES O ACTIVIDADES EXTREMAS O PROFESIONALES

Solicitudes de reembolso resultantes de la participación en deportes o actividades extremos o profesionales, entre los que se incluyen:

- Salto base
- Salto a gran altura
- Salto de acantilado
- Montañismo a altitudes altas por encima de los 6.000 metros
- Escalada
- Parapente
- Espeleología
- Carreras de deportes de motor, incluyendo carreras de motocross y dirt bike
- Monta o corrida de toros

- Parkour
- Buceo a una profundidad de más de 30 metros
- Esquí fuera de pista

DESARROLLO TARDÍO

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

DROGADICCIÓN Y ALCOHOLISMO

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

EMBARCACIÓN EN EL MAR

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

ENFERMEDADES CONTRAÍDAS INTENCIONALMENTE Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS

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

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Enfermedades preexistentes (incluyendo enfermedades crónicas preexistentes):

- Cuando estén indicadas en la carta de condiciones especiales que emitimos antes del inicio de tu póliza.
- Cuando las enfermedades no se han declarado en el formulario de afiliación.
- Cuando las enfermedades aparecen entre el momento de completar el formulario de afiliación y la posterior de las siguientes:
 - La fecha de emisión de tu certificado de seguro, o
 - La fecha de inicio de tu póliza.

Tales enfermedades también estarán sujetas a evaluación médica y, en caso de no declararse, no se cubrirán.

ERROR MÉDICO

Atención necesaria como consecuencia de errores médicos.

ESTANCIAS EN CENTROS TERAPÉUTICOS

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

ESTERILIZACIÓN, DISFUNCIÓN SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN

Pruebas, tratamientos y complicaciones relacionadas con lo siguiente:

- Esterilización
- Disfunción sexual (salvo cuando sea resultado de una prostatectomía tras cirugía del cáncer)
- Anticoncepción (incluyendo la inserción y extracción de aparatos anticonceptivos y otros anticonceptivos), salvo cuando estén prescritos por razones médicas no relacionadas con el control de la natalidad.

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

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

GASTOS POR CUMPLIMENTAR UN FORMULARIO

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

GESTACIÓN SUBROGADA

Atención médica directamente relacionada con la gestación subrogada tanto si eres la madre subrogada como si eres uno de los padres comitentes.

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

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

LOGOPEDIA

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

MEDICIÓN DE MARCADORES TUMORALES

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

NO CONSULTAR UN MÉDICO O NO SEGUIR SUS INDICACIONES

Atención médica necesaria por no haber seguido las indicaciones del médico o por no haber acudido a un médico.

OPERACIONES DE BÚSQUEDA O RESCATE

Solicitudes de reembolso relacionadas con operaciones de búsqueda o rescate, por ejemplo, en tierra o descendiendo de una montaña, para localizar y transportar a un afiliado de vuelta a una ubicación segura. Ten en cuenta que, en caso de evacuación médica, solo cubriremos aquellas actividades que empiecen tras concluir las operaciones de búsqueda o rescate.

PARTICIPACIÓN EN GUERRAS O ACTOS CRIMINALES

Muerte o tratamiento de cualquier enfermedad, patología o lesión resultado de la participación activa en las siguientes circunstancias, independientemente de que se haya declarado o no una guerra:

- Guerra
- Disturbios
- Alteración del orden público
- Terrorismo
- Actos criminales
- Actos ilegales
- Actos en defensa contra cualquier hostilidad extranjera

PÉRDIDA DEL CABELLO Y TRASPLANTE CAPILAR

Pruebas diagnósticas y tratamiento de la pérdida del cabello, incluido trasplante de cabello y otros reemplazos de pelo, a menos que la pérdida del cabello se deba al tratamiento contra el cáncer.

PRE Y POSNATAL

Clases prenatales y posnatales.

PRODUCTOS DE VENTA LIBRE

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

PRUEBAS GENÉTICAS

Pruebas genéticas, salvo en los siguientes casos:

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

TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

Gastos relativos a un terapeuta o asesor familiar en casos de atención ambulatoria de psicoterapia familiar o de pareja.

TERAPIAS ALTERNATIVAS

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

TRASTORNOS DE CONDUCTA Y DE PERSONALIDAD

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

TRASTORNOS DEL SUEÑO

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

TRATAMIENTO COSMÉTICO

Cualquier tratamiento cosmético o estético para mejorar tu apariencia, incluso cuando está prescrito por un médico. Esto incluye el tratamiento realizado por un cirujano plástico, independientemente del hecho de que sea necesario por razones médicas o psicológicas. La única excepción es la cirugía reconstructiva necesaria para restaurar una función o la apariencia después de un accidente que haya causado desfiguración, o como resultado de cirugía para el cáncer, si el accidente o la cirugía estaban también cubiertos por esta póliza.

TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD

Tratamiento de la infertilidad, incluyendo la reproducción asistida o tratamiento para problemas médicos que surjan de ella, salvo cuando tienes una prestación específica para el tratamiento de la infertilidad o tienes un plan ambulatorio. Si tienes un plan ambulatorio solamente cubriremos las pruebas no invasivas para determinar la causa de la infertilidad (dentro de los límites de tu plan ambulatorio). Estas excepciones no se aplican a los asegurados en un plan de las Islas del Canal, en los que las pruebas para determinar la causa de la infertilidad están excluidas.

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Pruebas diagnósticas y tratamiento de la obesidad.

TRATAMIENTO ORTOMOLECULAR

Consulta la definición de «Tratamiento ortomolecular».

TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS EXPERIMENTALES O SIN PROBAR

Cualquier forma de tratamiento o medicación que en nuestra razonable opinión es experimental o sin probar, según la práctica de la medicina generalmente aceptada.

VISITAS A DOMICILIO

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

VITAMINAS O MINERALES

Productos clasificados como:

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

Estos productos están excluidos, aunque estén prescritos o recomendados por un médico y tengan efectos terapéuticos reconocidos. Los gastos relativos a consultas de dietista o nutricionista tampoco están cubiertos, salvo cuando haya una prestación específica en tu tabla de prestaciones. Para los afiliados cubiertos por un plan de las Islas del Canal, esta exclusión se refiere también al periodo del embarazo.

PRESTACIONES QUE NO ESTÁN EN TU TABLA DE PRESTACIONES

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

- Complicaciones durante el embarazo.
- Atención dental, cirugía dental, periodoncia, ortodoncia y prótesis dentales. La única excepción es los procedimientos quirúrgicos maxilofaciales, que están cubiertos dentro del límite total de tu plan principal.
- Honorarios de dietista.
- Atención dental de emergencia.
- Gastos de acompañante del paciente evacuado o repatriado.
- Revisión rutinaria de la salud/bienestar y pruebas para la detección precoz de enfermedades.
- Parto en el domicilio.
- Tratamiento de la infertilidad.
- Psiquiatría y psicoterapia hospitalarias.
- Corrección refractiva de la vista con láser.
- Repatriación médica.
- Trasplante de órganos.
- Psiquiatría y psicoterapia ambulatorias.
- Atención ambulatoria.
- Gafas y lentes de contacto con prescripción médica, incluyendo revisión de la vista.
- Dispositivos de ayuda médica recetados.
- Tratamiento preventivo.
- Rehabilitación.
- Embarazo y parto, parto natural y atención del recién nacido y complicaciones durante el parto.
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados del afiliado evacuado/repatriado.
- Gastos de acompañante del paciente evacuado o repatriado.
- Gastos de viaje para los dependientes asegurados en caso de repatriación de los restos mortales del asegurado.
- Gastos de viaje de los asegurados para estar con un familiar cercano que está en peligro de muerte o ha muerto.
- Vacunas.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

Indemnización por muerte accidental, cuando la muerte del asegurado haya estado provocada directa o indirectamente por alguna de estas causas:

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

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

- Estar bajo los efectos de drogas o alcohol.
- Muerte que tiene lugar más de 365 días tras el accidente.
- Exposición deliberada a un peligro, salvo en el intento de salvar una vida humana.
- Inhalación intencional de gas o ingesta intencional de venenos o drogas prohibidas por la ley.
- Vuelo en aeronave (incluyendo helicópteros) salvo cuando el asegurado sea un pasajero y el piloto tenga la licencia correspondiente o el asegurado es un piloto militar que ha presentado el plan de vuelo ante las autoridades aeroportuarias cuando lo exija la normativa local.
- Participación activa en deportes o actividades extremos o profesionales, como por ejemplo:
 - Deportes de montaña como el rápel o el montañismo y carreras de cualquier tipo (excepto carreras a pie).
 - Deportes de nieve, como trineo de carreras, trineo ligero, skeleton, esquí fuera pista o snowboard fuera pista.
 - Deportes ecuestres como la caza a caballo, salto ecuestre, polo, salto de obstáculos o carreras hípcas de cualquier tipo.
 - Deportes acuáticos como espeleobuceo, buceo a más de 10 metros de profundidad, clavado, descenso en ríos de aguas blancas (aguas bravas) o piragüismo.

- Deportes de motor, automovilismo, motociclismo o quad.
- Deportes de combate.
- Deportes aéreos, como el vuelo en ultraligero, en globo, en ala delta, parapente, paracaidismo ascendente o salto en paracaídas.
- Otros deportes peligrosos como el puentismo (puenting).

¡Habla con nosotros, nos encanta ayudar!

Si tienes alguna duda, ponte en contacto con nosotros:

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

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

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

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

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

 client.services@e.allianz.com

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

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/allianzcare

 www.x.com/AllianzCare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.instagram.com/allianzcare/

 www.linkedin.com/company/allianz-care

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

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

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