



Journey

Condiciones Especiales

Aplicable a las Modalidades Basic, Extend, Advanced y Premium

Índice

1. Cobertura del seguro.....	3
1.1 Alcance de la cobertura	3
1.2 Asegurabilidad	3
1.3 Condiciones preexistentes.....	3
1.4 Cláusula de moratoria	4
1.5 Períodos de carencia	4
2. Ámbito geográfico	5
2.1 Área geográfica	5
2.2 Cobertura temporal para el Área geográfica I	5
2.3 Doble indemnización para el Área Geográfica I	5
3. Prestaciones	6
3.1 Información general	6
3.2 Evento asegurado	6
3.3 Franquicias, Copago y Gasto máximo de bolsillo	6
3.4 Criterios para el acceso a las Prestaciones.....	7
3.5 Límite total anual.....	7
3.6 Resumen de cobertura: cobertura de hospitalización	8
3.7 Resumen de cobertura: cobertura ambulatoria.....	10
3.8 Resumen de cobertura: cobertura de salud mental y bienestar	12
3.9 Resumen de cobertura: cobertura de maternidad.....	13
3.10 Resumen de cobertura: Ayudas ópticas y cobertura dental.....	14
3.11 Resumen de cobertura: cobertura de servicios asistenciales.....	16
3.12 Resumen de cobertura: cobertura de servicios adicionales	17
3.13 Descripción de las coberturas.....	18
Prestaciones de hospitalización.....	18
Prestaciones ambulatorias.....	22
Prestaciones de salud mental y bienestar.....	24
Prestaciones de maternidad	26
Prestaciones de ayudas ópticas y servicios odontológicos	27
Prestaciones de servicios asistenciales.....	30
Prestaciones de servicios adicionales	32
4. Modalidad	34
5. Exclusiones	35
6. Glosario.....	40

1. Cobertura del seguro

Condiciones Especiales – Base contractual

1.1 Alcance de la cobertura

Los términos que aparecen en mayúsculas en este documento, salvo que se definan explícitamente de otro modo, tendrán el significado que se especifica en los Glosarios que figuran en las Condiciones Especiales y Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las Condiciones Generales, las Condiciones Especiales y las Condiciones Particulares, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Especiales y las Condiciones Generales, y las Condiciones Especiales prevalecerán sobre las Condiciones Generales. La versión en inglés de toda la documentación y la información relevante prevalecerá sobre cualquier otro idioma o traducción.

La Aseguradora ofrece cobertura para Enfermedades, Lesiones corporales y otros sucesos que den lugar a eventos asegurados, tal y como se describe en la Póliza de Seguro.

En caso de que se produzca un evento asegurado, la Aseguradora reembolsará los gastos relacionados con el Tratamiento médico necesario y otras Prestaciones acordadas, con sujeción a las condiciones establecidas en la Póliza de Seguro y en la normativa legal.

En virtud de las Condiciones Especiales vigentes y dentro de los límites especificados, la Aseguradora cubre los gastos médicos de cada una de las Personas aseguradas identificadas en la Póliza de Seguro.

El Tratamiento en el extranjero queda excluido de las Prestaciones si dicho Tratamiento fue la única razón o una de las razones para viajar al extranjero.

1.2 Asegurabilidad

La Póliza de Seguro está diseñada para expatriados. Cualquier persona que permanezca en el extranjero durante al menos 3 (tres) meses tiene derecho a la cobertura del seguro, a menos que la Aseguradora acuerde lo contrario. Si la Persona asegurada decide regresar a su País de origen y establecerlo como su País de residencia, la continuidad de su póliza puede mantenerse con la aprobación de la Aseguradora.

En caso de cambio de residencia, la Aseguradora evaluará cada caso de forma individual y determinará si emite, modifica o rescinde la cobertura del seguro.

El Tomador del seguro es responsable de garantizar el cumplimiento de las leyes y normativas locales en materia de seguridad social para todas las Personas aseguradas cubiertas por la Póliza de Seguro. La Aseguradora se reserva el derecho de rescindir la Póliza de Seguro en su totalidad o la cobertura de seguro de Personas aseguradas específicas en caso de cambios legales en un país que den lugar a un incumplimiento de las leyes o normativas.

1.3 Condiciones preexistentes

Las Condiciones preexistentes están excluidas de la cobertura del seguro y su estado se rige por la cláusula de moratoria. Sin embargo, en la Solicitud de Seguro de Salud, el Tomador del seguro puede optar por la inclusión de Condiciones preexistentes sobre la base de una evaluación de riesgos para la salud y, según sea el caso, sujeto a Períodos de carencia.

Para facilitar a la Aseguradora la decisión de incorporar o no las Condiciones preexistentes desde el inicio de la Póliza de Seguro, es fundamental proporcionar respuestas veraces y exhaustivas a las preguntas de la Solicitud de Seguro de Salud.

La Persona asegurada debe completar el cuestionario médico de forma precisa y veraz, según su leal saber y entender, y facilitar a la Aseguradora la documentación médica necesaria cuando así se requiera. En algunos casos, el solicitante también puede someterse a una evaluación médica. En función de la información proporcionada en el cuestionario médico y de la evaluación exhaustiva de riesgos realizada por la Aseguradora, puede ser necesario realizar ajustes en la Póliza de Seguro. Esto podría implicar la modificación de los Términos y Condiciones del Seguro, la introducción de otros nuevos, la imposición de una prima adicional o aumentada, la adición de una exclusión o, en determinados casos, la denegación de la Póliza de Seguro para la Persona asegurada en cuestión. Cualquier Enfermedad que surja entre la firma de la Solicitud de Seguro de Salud y la firma de las Condiciones Particulares se considerará una Condición preexistente.

1.4 Cláusula de moratoria

Las Personas aseguradas de 55 (cincuenta y cinco) años o menos que decidan no someterse al examen médico ni a la evaluación exhaustiva de riesgos descritos previamente en el artículo 1.3 de las Condiciones Especiales, y requieran incluir las Condiciones preexistentes en la cobertura proporcionada por la Póliza de Seguro, podrán optar, con el acuerdo de la Aseguradora, por una «moratoria».

Si una Persona asegurada, con derecho a una moratoria según el párrafo anterior, opta por dicha moratoria para incluir las Condiciones preexistentes en la Póliza de Seguro, se aplicarán las siguientes condiciones:

- i. La cobertura de cualquier Condición médica que la Persona asegurada haya tenido en los 5 (cinco) años anteriores al inicio de la póliza solo será reembolsable después de un período de espera continuo de 2 (dos) años a partir de la Fecha de entrada en vigor de la Póliza de Seguro.
- ii. Durante este periodo de 2 (dos) años, la Persona asegurada no debe mostrar ningún signo o síntoma, tomar Medicamentos, acudir a consultas médicas ni recibir Tratamiento para la Condición preexistente.
- iii. Si la Persona asegurada experimenta síntomas o recibe Tratamiento durante este periodo, se iniciará un nuevo periodo de espera de 2 (dos) años a partir de esa fecha. La Persona asegurada no debe presentar síntomas ni recibir Tratamiento durante este nuevo periodo.
- iv. Además, la Condición médica debe ser reversible para estar cubierta. Si no es reversible, no estará cubierta en absoluto.

Las nuevas Condiciones médicas no relacionadas estarán cubiertas de forma inmediata, conforme a los Términos y Condiciones de la Póliza de Seguro.

1.5 Períodos de carencia

Los Períodos de carencia comenzarán a partir de la Fecha de entrada en vigor, tal y como se establece en las Condiciones Especiales.

Los Períodos de carencia se aplican a la atención de maternidad y parto, incluidas las complicaciones del embarazo y parto, el Tratamiento psiquiátrico, la psicoterapia, la mastectomía profiláctica, el Tratamiento de infertilidad y los servicios odontológicos mayores.

- Se aplica un Período de carencia de 10 (diez) meses al Tratamiento psiquiátrico, la psicoterapia y los servicios odontológicos mayores.
- Se aplica un Período de carencia de 12 (doce) meses a la atención de maternidad y parto, incluidas las complicaciones del embarazo y parto, independientemente del número de Personas aseguradas.
- Se aplica un Período de carencia de 24 (veinticuatro) meses a la mastectomía profiláctica.
- Se aplica un Período de carencia de 24 (veinticuatro) meses al Tratamiento de infertilidad para-ambos cónyuges o parejas.

Símbolos utilizados

- ✓ Asegurado, es decir, la Aseguradora cubrirá el 100 % de los Gastos reembolsables, salvo que se especifique lo contrario en la documentación contractual o en el ámbito de las Prestaciones.
- ✗ El reembolso queda excluido del ámbito de las Prestaciones.

2. Ámbito geográfico

2.1 Área geográfica

La cobertura del seguro se aplica a los eventos asegurados que se produzcan en las siguientes áreas, según lo seleccionado por el Tomador del seguro en la Solicitud de Seguro de Salud:

Área geográfica I: todo el mundo, incluidos los Estados Unidos de América

Área geográfica II: todo el mundo, excepto los Estados Unidos de América

2.2 Cobertura temporal para el Área geográfica I

Si la Aseguradora ha aceptado proporcionar cobertura de seguro en virtud de la Póliza de Seguro para el Área geográfica II: todo el mundo, excepto los Estados Unidos de América, y si la Persona asegurada reside temporalmente en los Estados Unidos de América, la Aseguradora continuará cubriendo las Emergencias médicas, los Accidentes y los fallecimientos que se produzcan dentro del Área geográfica I: todo el mundo, incluidos los Estados Unidos de América, para viajes de hasta 6 (seis) semanas de duración.

Si se produce un evento asegurado dentro de ese período de seis semanas y la Persona asegurada requiere Tratamiento de Emergencia en los Estados Unidos de América, no hay un límite de tiempo específico para el Tratamiento en sí. Sin embargo, si surge una Emergencia médica, la Aseguradora puede trasladar a la Persona asegurada a otro país para recibir Tratamiento si lo considera médicamente apropiado y factible.

La cobertura del seguro proporcionada por la Póliza de Seguro no se extenderá a los viajes realizados con el único fin de obtener Tratamiento en el Área geográfica I.

Si cualquier Persona asegurada se traslada a un Área geográfica diferente a la acordada en la Póliza de Seguro durante cualquier periodo de tiempo, dicho traslado deberá notificarse inmediatamente a la Aseguradora, y este cambio afectará a la prima adeudada y a las Prestaciones que se concedan en virtud de la Póliza de Seguro.

2.3 Doble indemnización para el Área Geográfica I

Si la Persona asegurada está cubierta en el Área geográfica I: todo el mundo, incluidos los Estados Unidos de América, la Aseguradora duplicará las sumas máximas y las indemnizaciones a tanto alzado que se indican en los apartados 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9 y 3.10 (independientemente de que el Tratamiento se realice en los Estados Unidos de América o no). Si una Prestación está limitada a un determinado número de días o sesiones, este límite no cambiará. Si la Aseguradora ha acordado una Franquicia y/o un Copago, el Gasto máximo de bolsillo no cambiará.

3. Prestaciones

3.1 Información general

El nivel de la Modalidad, seleccionada por el Titular de la Póliza de Seguro en la Solicitud de Seguro de Salud, se define por la naturaleza y el alcance de las Prestaciones establecidas en las Condiciones Especiales. En función de la Modalidad seleccionada, la Aseguradora reembolsará los Gastos reembolsables hasta el 100 % del Límite total anual especificado en el ámbito de las Prestaciones, salvo que se indique expresamente lo contrario en los Términos y Condiciones del Seguro.

3.2 Evento asegurado

Un evento asegurado se caracteriza por el Tratamiento Médicamente necesario requerido para una Enfermedad, un Accidente u otros eventos especificados en las Condiciones Especiales (consulte los apartados 3.5 a 3.12: Resumen de cobertura).

El inicio del evento asegurado se marca con el comienzo del Tratamiento formalizado mediante una receta médica y concluye cuando los resultados médicos indican que no es Médicamente necesario continuar con el Tratamiento. En caso de que la Persona asegurada requiera Tratamiento por una Enfermedad, un Accidente u otros sucesos detallados en las Condiciones Especiales (véase 3.5 a 3.12 – Resumen de cobertura) no relacionados con el evento asegurado original, será considerado un nuevo evento asegurado independiente.

3.3 Franquicias, Copago y Gasto máximo de bolsillo

La Franquicia es la cantidad que la Persona asegurada debe asumir por el coste del Tratamiento hasta alcanzar la Franquicia aplicable al Año de seguro. El Copago es el porcentaje de los costes del Tratamiento que debe aportar la Persona asegurada. El Gasto máximo del bolsillo es la suma máxima de Copago que la Persona asegurada debe pagar por Año de seguro.

La Aseguradora ha establecido las siguientes Franquicias:

Modalidad Basic:
No aplicable

Modalidad Extensive:
0 EUR, 250 EUR, 500 EUR y 1000 EUR /
0 USD, 325 USD, 650 USD, 1300 USD /
0 GBP, 210 GBP, 420 GBP, 840 GBP /
0 CHF, 232,50 CHF, 465 CHF, 930 CHF

Modalidad Advanced y Premium:
0 EUR, 250 EUR, 500 EUR, 1000 EUR, 3000 EUR,
5000 EUR y 7000 EUR /
0 USD, 325 USD, 650 USD, 1300 USD, 3900 USD,
6500 USD y 9100 USD /
0 GBP, 210 GBP, 420 GBP, 840 GBP, 2520 GBP,
4200 GBP y 5880 GBP /
0 CHF, 232,50 CHF, 465 CHF, 930 CHF, 2790 CHF,
4650 CHF y 6510 CHF

La Aseguradora ha establecido los siguientes Copagos:

Modalidad Basic:
Fijo 20 %

Modalidad Extensive:
0 %, 10 % o 20 % con un Gasto máximo de bolsillo de
1500 EUR / 1950 USD / 1260 GBP / 1395 CHF

Modalidad Advanced y Premium:
0 %, 10 % o 20 % con un Gasto máximo de bolsillo de
2500 EUR / 3250 USD / 2100 GBP / 2325 CHF

Las Franquicias y Copagos se aplican sobre la base del Año de seguro para cada Persona asegurada, específicamente para los gastos relacionados con todos los Tratamientos ambulatorios, incluidas las prestaciones ambulatorias, los Tratamientos ambulatorios para la salud mental y el bienestar, y los Tratamientos ambulatorios para la maternidad. Si se ha acordado una Franquicia y/o un Copago, la Aseguradora cubrirá hasta el 100 % de los Gastos reembolsables que superen la Franquicia y/o el Copago, hasta el Límite total anual/ Límite máximo de cobertura ambulatorial.

Los gastos se asignan al Año de seguro durante el cual se consultó al Médico o Terapeuta y se proporcionaron los Medicamentos, Vendajes y ayudas y aparatos terapéuticos.

3.4 Criterios para el acceso a las Prestaciones

Las Personas aseguradas tienen la flexibilidad de seleccionar cualquier Médico, Dentista o Terapeuta con licencia dentro del país en el que necesitan Tratamiento médico o dental, y esta elección se extiende a otros Profesionales sanitarios.

La Aseguradora reembolsará únicamente los gastos de Tratamientos médicos u odontológicos Médicamente necesarios dentro del ámbito de la práctica médica u odontológica. El reembolso de dichos Tratamientos y servicios prestados por otros Terapeutas estará sujeto a tarifas razonables acordes con las tarifas Habituales, acostumbradas y razonables. Estas tarifas se refieren a los gastos asociados a los servicios o suministros médicos aprobados y cubiertos, sin exceder las tarifas estándar cobradas por otros proveedores de similar prestigio en la misma zona geográfica, que ofrezcan Tratamientos comparables para Enfermedades y/o Lesiones corporales similares.

Además, la Aseguradora podrá reembolsar los gastos que superen las tarifas máximas basadas en las tarifas Habituales, acostumbradas y razonables si se incurrir en ellos debido a dificultades derivadas de la Enfermedad o de los hallazgos médicos, siempre que los gastos se determinen de forma razonable.

En el caso de los servicios prestados por otros Terapeutas, como masajistas, comadronas o profesionales de la medicina complementaria (en los que puede no existir una tarifa Habitual, acostumbrada y razonable separada en el país del Tratamiento), el reembolso se basará en las tarifas comparables de los

Médicos y los precios habituales en el país en el que se realiza el Tratamiento.

La cobertura incluye los materiales dentales y los trabajos de laboratorio basados en los precios medios del país del Tratamiento. **Los servicios odontológicos como las prótesis dentales, los Implantes, la cirugía dental y el Tratamiento de ortodoncia, incluso cuando los realiza un Médico en un Hospital, no se consideran parte de una hospitalización o Tratamiento ambulatorio.**

En virtud de la Póliza de Seguro, la Aseguradora reembolsará los gastos de exámenes, métodos de Tratamiento y Medicamentos ampliamente aceptados en la Medicina convencional. Además, los costes de los métodos y Medicamentos probados en la práctica o utilizados debido a la falta de disponibilidad de Medicina convencional son reembolsables. Sin embargo, las prestaciones pueden limitarse a cantidades equivalentes a lo que se habría pagado si se hubiera tenido acceso a la Medicina convencional.

3.5 Límite total anual

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Coberturas				
Límite total anual	1 500 000 EUR / 1 950 000 USD / 1 260 000 GBP / 1 395 000 CHF	3 000 000 EUR / 3 900 000 USD / 2 520 000 GBP / 2 790 000 CHF	Ilimitado	Ilimitado

3.6 Resumen de cobertura: cobertura de hospitalización

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestaciones de hospitalización				
Estancia en habitación privada o doble	✓	✓	✓	✓
Consultas y servicios de diagnóstico, incluyendo patología, radiología, Tomografía computarizada (TC), Resonancia magnética (RM), Tomografía por emisión de positrones (PET) y Medicina paliativa	✓	✓	✓	✓
Gastos hospitalarios, incluyendo quirófanos, anestesia, unidades de cuidados intensivos y laboratorios	✓	✓	✓	✓
Cirugía y anestesia	✓	✓	✓	✓
Intervenciones quirúrgicas ambulatorias que sustituyen una hospitalización	✓	✓	✓	✓
Medicamentos y Vendajes	✓	✓	✓	✓
Fisioterapia, incluidos masajes	✓	✓	✓	✓
Terapias, incluyendo terapia ocupacional, fototerapia, Hidroterapia, inhalación, compresas, baños medicinales, crioterapia, termoterapia, electroterapia	✓	✓	✓	✓
Ayudas y aparatos terapéuticos	✓ Solo si son necesarios como medida para salvar la vida, como marcapasos cardíacos	✓ Solo si son necesarios como medida para salvar la vida, como marcapasos cardíacos	✓ Si son necesarios como medida para salvar la vida, como marcapasos cardíacos; además, reembolso de ayudas y aparatos terapéuticos que no sean para salvar la vida, como miembros artificiales/prótesis, hasta 2000 EUR/2600 USD/1680 GBP / 1860 CHF	✓
Condiciones congénitas	✓ Hasta un máximo de 100 000 EUR / 130 000 USD / 84 000 GBP / 93 000 CHF límite vitalicio	✓ Hasta un máximo de 100 000 EUR / 130 000 USD / 84 000 GBP / 93 000 CHF límite vitalicio	✓ Hasta un máximo de 150 000 EUR / 195 000 USD / 126 000 GBP / 139 500 CHF límite vitalicio	✓ Hasta un máximo de 200 000 EUR / 260 000 USD / 168 000 GBP / 186 000 CHF límite vitalicio
Tratamiento del Cáncer, Medicamentos y Tratamientos oncológicos, incluida la cirugía reconstructiva para el Cáncer de mama	✓	✓	✓	✓

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestaciones de hospitalización				
Mastectomía profiláctica	✗	✗	✗	✓ 50 % Hasta 10 000 EUR / 13 000 USD / 8400 GBP / 9300 CHF. Periodo de carencia de 24 meses
Diálisis	✗	✓ Hasta un máximo de 1 000 000 EUR / 1 300 000 USD / 840 000 GBP / 930 000 CHF límite vitalicio	✓ Hasta un máximo de 1 500 000 EUR / 1 950 000 USD / 1 260 000 GBP / 1 395 000 CHF límite vitalicio	✓ Hasta un máximo de 2 000 000 EUR / 2 600 000 USD / 1 680 000 GBP / 1 860 000 CHF límite vitalicio
Trasplantes de médula ósea y órganos (costes para el donante y el receptor)	✓ Hasta un máximo de 150 000 EUR / 195 000 USD / 126 000 GBP / 139 500 CHF límite vitalicio	✓ Hasta un máximo de 150 000 EUR / 195 000 USD / 126 000 GBP / 139 500 CHF límite vitalicio	✓ Hasta un máximo de 250 000 EUR / 325 000 USD / 210 000 GBP / 232 500 CHF límite vitalicio	✓
Alojamiento de uno de los padres en caso de hospitalización de un hijo menor de edad	✓	✓	✓	✓
Cuidados de enfermería en el domicilio, en lugar de hospitalización	✗	✓ Hasta 30 días, previa autorización por escrito	✓ Hasta 60 días, previa autorización por escrito	✓ Hasta 90 días, previa autorización por escrito
Indemnización diaria sustitutiva por hospitalización	✓ 50 EUR / 65 USD / 42 GBP / 46,50 CHF por día	✓ 75 EUR / 97,50 USD / 63 GBP / 69,75 CHF por día	✓ 150 EUR / 195 USD / 126 GBP / 139,50 CHF por día	✓ 200 EUR / 260 USD / 168 GBP / 186 CHF por día
Rehabilitación de seguimiento en régimen de hospitalización	✓ Hasta 14 días, previa autorización por escrito	✓ Hasta 21 días, previa autorización por escrito	✓ Hasta 28 días, previa autorización por escrito	✓ Hasta 35 días, previa autorización por escrito
Residencia para enfermos terminales	✗	✓ Hasta 5 semanas	✓ Hasta 7 semanas	✓ Hasta 9 semanas
Hospitalización diurna	✓	✓	✓	✓
Transporte al Hospital adecuado más cercano para recibir Tratamiento inicial tras un Accidente o una Emergencia	✓	✓	✓	✓
Tratamiento dental con hospitalización	✗	✗	✓	✓
Tratamiento dental de urgencia	✗	✓	✓	✓

Las sumas máximas especificadas, los períodos máximos y las indemnizaciones a tanto alzado, se aplican por Persona asegurada y por Año de seguro.

3.7 Resumen de cobertura: cobertura ambulatoria

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestaciones ambulatorias				
Límite máximo de cobertura ambulatoria	2000 EUR / 2600 USD / 1680 GBP / 1860 CHF	12 000 EUR / 15 600 USD / 10 080 GBP / 11 160 CHF	Ilimitado	Ilimitado
Consultas y servicios de diagnóstico, incluyendo patología, radiología, Tomografía computarizada (TC), Resonancia magnética (RM), Tomografía por emisión de positrones (PET) y Medicina paliativa	✓ 80 %*	✓ Se aplica el Límite máximo de cobertura ambulatoria	✓	✓
Cirugía ambulatoria	✗	✓ Se aplica el Límite máximo de cobertura ambulatoria	✓	✓
Tratamiento del Cáncer; medicamentos y Tratamientos oncológicos	✓	✓	✓	✓
Acupuntura, Homeopatía, Osteopatía, medicina tradicional china y Quiropráctica, incluidos Medicamentos y Vendajes	✗	✓ Hasta 750 EUR* / 975 USD* / 630 GBP* / 697,50 CHF*	✓ Hasta 2500 EUR / 3250 USD / 2100 GBP / 2325 CHF	✓ Hasta 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF
Logopedia	✗	✗	✓ Hasta 20 sesiones, previa autorización por escrito	✓ Prevía autorización por escrito
Medicamentos y Vendajes	✓ 80 %*	✓ Se aplica el Límite máximo de cobertura ambulatoria	✓	✓
Medicamento sin receta	✗	✓ Hasta 50 EUR* / 65 USD* / 42 GBP* / 46,50 CHF*	✓ Hasta 75 EUR / 97,50 USD / 63 GBP / 69,75 CHF	✓ Hasta 100 EUR / 130 USD / 84 GBP / 93 CHF
Fisioterapia, incluidos masajes	✗	✓ Hasta 15 sesiones, (incluidas 5 sesiones no prescritas)*	✓ Hasta 20 sesiones, (incluidas 5 sesiones no prescritas)	✓ (incluidas 5 sesiones no prescritas)
Terapias, incluyendo terapia ocupacional, fototerapia, Hidroterapia, inhalación, compresas, baños medicinales, crioterapia, termoterapia, electroterapia	✗	✗	✓ Hasta 10 sesiones	✓

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestaciones ambulatorias				
Ayudas y aparatos terapéuticos	✗	✓ Hasta 1000 EUR* / 1300 USD* / 840 GBP* / 930 CHF*	✓ Hasta 2000 EUR / 2600 USD / 1680 GBP / 1860 CHF	✓
Pelucas y sujetadores protésicos tras el Tratamiento contra el Cáncer	✗	✓ Hasta 300 EUR* / 390 USD* / 252 GBP* / 279 CHF*	✓ Hasta 300 EUR / 390 USD / 252 GBP / 279 CHF	✓ Hasta 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF
Podología	✗	✗	✓ Hasta 100 EUR / 130 USD / 84 GBP / 93 CHF	✓ Hasta 200 EUR / 260 USD / 168 GBP / 186 CHF
Transporte al Hospital o Médico adecuado más cercano para recibir tratamiento inicial tras un Accidente o una Emergencia	✓	✓	✓	✓
Tratamiento de infertilidad	✗	✗	✗	✓ 50 % Hasta 10 000 EUR / 13 000 USD / 8400 GBP / 9300 CHF por cada pareja asegurada, previa autorización por escrito, límite vitalicio, Periodo de carencia de 24 meses.

Las sumas máximas especificadas, los períodos máximos y las indemnizaciones a tanto alzado, se aplican por Persona asegurada y por Año de seguro.

*Se aplica el Límite máximo de cobertura ambulatoria

3.8 Resumen de cobertura: cobertura de salud mental y bienestar

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestaciones de salud mental y bienestar				
Hospitalización				
Tratamiento psiquiátrico	✗	✓ Hasta 30 días, previa autorización por escrito	✓ Hasta 40 días, previa autorización por escrito	✓ Hasta 60 días, previa autorización por escrito
Psicoterapia en régimen de hospitalización	✗	✗	✓ Hasta 20 sesiones, previa autorización por escrito	✓ Hasta 40 sesiones, previa autorización por escrito
Tratamiento ambulatorio				
Tratamiento psiquiátrico	✗	✓ Hasta 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF, previa autorización por escrito	✓ Hasta 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF, previa autorización por escrito	✓ Hasta 10 000 EUR / 13 000 USD / 8400 GBP / 9300 CHF, previa autorización por escrito
Psicoterapia ambulatoria	✗	✗	✓ Hasta 10 sesiones, previa autorización por escrito	✓ Hasta 20 sesiones, previa autorización por escrito
Revisiones médicas rutinarias y pruebas de detección precoz realizadas en ausencia de síntomas	✗	✓ Hasta 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF	✓ Hasta 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF	✓ Hasta 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF
Vacunas de todo tipo, incluidas las vacunas y Medidas profilácticas, en la medida en que estén recomendadas para el país de residencia correspondiente	✗	✗	✓ Hasta 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF	✓
Consulta de nutrición	✗	✗	✗	✓ Hasta 400 EUR / 520 USD / 336 GBP / 372 CHF

El Período de carencia de 10 (diez) meses se aplica al Tratamiento psiquiátrico y la psicoterapia.

Las sumas máximas especificadas, los períodos máximos y las indemnizaciones a tanto alzado, se aplican por Persona asegurada y por Año de seguro.

3.9 Resumen de cobertura: cobertura de maternidad

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestaciones de maternidad				
Hospitalización				
Atención de maternidad y parto, incluidos los servicios de una comadrona o enfermera obstétrica	×	×	✓ Hasta 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF	✓ Hasta 20 000 EUR / 26 000 USD / 16 800 GBP / 18 600 CHF
Complicaciones del embarazo y el parto	×	×	✓	✓
Cuidados de enfermería en el domicilio después del parto, en lugar de hospitalización	×	×	✓ Hasta 5 días, previa autorización por escrito	✓ Hasta 5 días, previa autorización por escrito
Cuidados del recién nacido	×	×	✓	✓
Tratamiento ambulatorio				
Atención de maternidad y parto, incluidos los servicios de una comadrona o enfermera obstétrica	×	×	✓ Hasta 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF	✓ Hasta 10 000 EUR / 13 000 USD / 8400 GBP / 9300 CHF
Complicaciones del embarazo y el parto	×	×	✓ Hasta 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF	✓
Prestación en efectivo por parto ambulatorio	×	×	✓ Indemnización a tanto alzado de 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF por cada recién nacido sin necesidad de presentar justificantes de gastos, previa presentación del certificado de nacimiento	✓ Indemnización a tanto alzado de 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF por cada recién nacido sin necesidad de presentar justificantes de gastos, previa presentación del certificado de nacimiento

Se aplica un período de carencia de 12 (doce) meses para la atención de maternidad y parto.

Las sumas máximas especificadas, los períodos máximos y las indemnizaciones a tanto alzado, se aplican por Persona asegurada y por Año de seguro.

3.10 Resumen de cobertura: Ayudas ópticas y cobertura dental

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestaciones de ayudas ópticas y servicios odontológicos				
Ayudas ópticas				
Ayudas ópticas, incluida una revisión ocular	×	×	✓ Hasta 300 EUR / 390 USD / 252 GBP / 279 CHF cada 2 años	✓ Hasta 750 EUR / 975 USD / 630 GBP / 697,50 CHF cada 2 años
Servicios odontológicos				
Límite máximo de cobertura dental	n.a.	250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF	n.a.	n.a.
Servicios odontológicos menores				
Revisiones para la detección precoz de trastornos de los dientes, la boca y la mandíbula	×	✓ Hasta 2 revisiones al año*	✓ Hasta 2 revisiones al año	✓ Hasta 2 revisiones al año
Radiografías	×	Se aplica el límite máximo de cobertura dental	✓	✓
Eliminación de sarro y pulido	×	Se aplica el límite máximo de cobertura dental	✓	✓
Tratamiento de la mucosa oral del periodonto	×	Se aplica el límite máximo de cobertura dental	✓	✓
Empastes simples relacionados con caries	×	Se aplica el límite máximo de cobertura dental	✓	✓
Cirugía, extracciones, Tratamiento de conductos radiculares	×	Se aplica el límite máximo de cobertura dental	✓	✓
Inclusión de una férula oclusal	×	Se aplica el límite máximo de cobertura dental	✓	✓
Tratamiento dental por Accidente	×	Se aplica el límite máximo de cobertura dental	✓	✓

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestaciones de ayudas ópticas y servicios odontológicos				
Servicios odontológicos mayores			Reembolso de las siguientes Prestaciones hasta un máximo de 2000 EUR / 2600 USD / 1680 GBP / 1.860 CHF	Reembolso de las siguientes Prestaciones hasta un máximo de 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF
Prótesis dentales (por ejemplo, prótesis, incrustaciones, puentes y coronas)	×	×	✓	✓
Implantes	×	×	✓	✓
Tratamiento de ortodoncia (hasta los 18 años)	×	×	✓	✓
Trabajos y materiales de laboratorio dental	×	×	✓	✓
Plan de Tratamiento y presupuesto odontológico	×	×	✓	✓

Se aplica un período de carencia de 10 (diez) meses a los servicios odontológicos mayores.

Las sumas máximas especificadas, los períodos máximos y las indemnizaciones a tanto alzado, se aplican por Persona asegurada y por Año de seguro.

*Se aplica el límite máximo de cobertura dental

3.11 Resumen de cobertura: cobertura de servicios asistenciales

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestaciones de servicios asistenciales				
Servicio telefónico y por correo electrónico las 24 horas con asesores experimentados, Médicos y especialistas concertados	✓	✓	✓	✓
Evacuación y Repatriación médicas	✓ Previa autorización por escrito	✓ Previa autorización por escrito	✓ Previa autorización por escrito	✓ Previa autorización por escrito
Información sobre la infraestructura médica (atención médica local y nombres y direcciones de Médicos multilingües)	✓	✓	✓	✓
Asistencia e información por parte del servicio Médico (Segunda opinión, seguimiento del curso de la Enfermedad)	✓	✓	✓	✓
Garantía de pago (GOP), preparación para una estancia en el Hospital	✓	✓	✓	✓
Repatriación de restos mortales	✓ Hasta 2500 EUR / 3250 USD / 2100 GBP / 2325 CHF	✓ Hasta 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF	✓ Hasta 10 000 EUR / 13 000 USD / 8400 GBP / 9300 CHF	✓ Hasta 25 000 EUR / 32 500 USD / 21 000 GBP / 23 250 CHF
Asistencia médica adicional adecuada (información sobre la naturaleza, las posibles causas y el posible Tratamiento de una Enfermedad)	✓	✓	✓	✓
Servicios en línea	✓	✓	✓	✓

Las sumas máximas especificadas, los períodos máximos y las indemnizaciones a tanto alzado, se aplican por Persona asegurada y por Año de seguro.

3.12 Resumen de cobertura: cobertura de servicios adicionales

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestaciones de servicios adicionales				
Visita familiar por motivos compasivos	×	×	✓ Hasta 1500 EUR / 1950 USD / 1260 GBP / 1395 CHF	✓ Hasta 3000 EUR / 3900 USD / 2520 GBP / 2790 CHF
Regreso al país de residencia tras una Repatriación	×	×	✓ Hasta 1500 EUR / 1950 USD / 1260 GBP / 1395 CHF	✓ Hasta 3000 EUR / 3900 USD / 2520 GBP / 2790 CHF
Retraso en el viaje de regreso	×	×	✓ Hasta 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF	✓ Hasta 2000 EUR / 2600 USD / 1680 GBP / 1860 CHF
Adquisición y envío de Medicamentos esenciales	×	×	✓	✓
Transporte de regreso o cuidado de menores	×	×	×	✓
Organización de ayuda en caso de dificultades legales	×	×	×	✓
Ayuda con problemas psicológicos que puedan derivarse de la estancia en el extranjero	×	×	✓ Ayuda psicológica y terapéutica por teléfono; hasta 3 llamadas	✓ Ayuda psicológica y terapéutica por teléfono; hasta 5 llamadas
Telemedicina	✓	✓	✓	✓

Las sumas máximas especificadas, los períodos máximos y las indemnizaciones a tanto alzado, se aplican por Persona asegurada y por Año de seguro.

3.13 Descripción de las coberturas

Nota: «Tenga en cuenta que las Prestaciones descritas en la sección 3.13 pueden variar o no estar cubiertas por el seguro, dependiendo del nivel de la Modalidad seleccionado».

Prestaciones de hospitalización

La Póliza de Seguro proporciona cobertura para las Prestaciones de hospitalización que se describen a continuación:

Estancia en habitación privada o doble

La Persona asegurada tiene la flexibilidad de seleccionar el Hospital en el que recibirá el Tratamiento médico. El Tratamiento médico en un Hospital comprende cualquier Tratamiento durante el cual la Persona asegurada sea ingresada en un Hospital del país en el que se someta al Tratamiento, por un período mínimo de 24 horas.

En los casos en que el Tratamiento se realice en Hospitales que ofrecen Tratamiento en sanatorios, la Póliza de Seguro cubre exclusivamente los Tratamientos que cumplan los criterios de Medicina convencional/Tratamiento Médico necesario, a menos que la Aseguradora haya aprobado explícitamente por escrito Tratamientos alternativos antes del Inicio del Tratamiento. El alojamiento se limita a habitaciones privadas o doble estándar, tal y como se especifica en la cobertura de las Prestaciones. Una habitación privada estándar se define como una habitación básica de ocupación individual con baño o ducha privados contiguos en un Hospital. **Se excluyen explícitamente las habitaciones con comodidades superiores, incluidas, entre otras, las habitaciones de lujo, las habitaciones ejecutivas o suites que puedan tener instalaciones adicionales como cocinas, comedores o salas de estar.**

La Póliza de Seguro cubre la totalidad de la hospitalización sin límite de tiempo específico. Sin embargo, es imprescindible ponerse en contacto e informar a la Aseguradora o al Centro de servicio sobre la estancia hospitalaria y Tratamiento antes o dentro de los 3 (tres) días naturales siguientes al ingreso en el Hospital. El incumplimiento de esta condición puede

dar lugar a que la Aseguradora no cubra íntegramente el Siniestro.

Consultas y servicios de diagnóstico, incluyendo patología, radiología, Tomografía computarizada (TC), Resonancia magnética (RM), Tomografía por emisión de positrones (PET) y Medicina paliativa

La Póliza de Seguro cubrirá todos los gastos relacionados con la hospitalización Médico necesaria, incluyendo los exámenes, diagnósticos y terapias, así como los gastos relacionados con patología, radiología, Tomografía computarizada (TC), Resonancia magnética (RM), Tomografía por emisión de positrones (PET) y Medicina paliativa.

Gastos hospitalarios, incluidos quirófanos, anestesia, unidades de cuidados intensivos y laboratorios

Esto se refiere a los gastos adicionales asociados con la utilización de instalaciones especializadas, incluyendo quirófanos, unidades de cuidados intensivos y laboratorios.

Cirugía y anestesia

La Aseguradora reembolsará los gastos incurridos por los servicios Médico necesarios en este contexto, como los servicios médicos, la anestesia y la utilización de instalaciones especializadas, si los prescribe un Médico especialista.

Intervenciones quirúrgicas ambulatorias que sustituyen una hospitalización

Esto se refiere a la cirugía electiva que se realiza normalmente en la consulta de un Médico o en un Hospital, sin necesidad de pasar la noche ingresado. **Sin embargo, excluye las cirugías de grado 1 o menores (procedimientos invasivos que solo implican la resección de piel, membranas mucosas y tejido conectivo) y los procedimientos quirúrgicos invasivos para obtener muestras de tejido o fluidos corporales, como biopsias y colonoscopias.**

Medicamentos y Vendajes

Para tener derecho a la cobertura de la Póliza de Seguro, estos Medicamentos deben ser recetados por un Médico o Dentista del Hospital en relación con una hospitalización. Además, los Medicamentos

deben ser dispensados por una farmacia, la farmacia de un Hospital u otro establecimiento dispensador oficialmente autorizado por las autoridades competentes.

Los alimentos nutricionales, tónicos, aguas minerales, cosméticos, productos para la higiene personal, así como las sales de baño, no se consideran Medicamentos reembolsables para la cobertura de la Póliza de Seguro como parte del Tratamiento médico.

Fisioterapia, incluidos masajes

Para poder acceder a la cobertura de la Póliza de Seguro, la fisioterapia y los masajes deben ser prescritos por un Médico del Hospital como parte integrante de la hospitalización. Además, estos procedimientos deben ser administrados por un Médico o un Terapeuta cualificado y certificado. La prescripción debe proporcionarse antes del Inicio del Tratamiento y debe especificar el diagnóstico junto con los detalles sobre el tipo y el número de sesiones necesarias.

Terapias, incluyendo terapia ocupacional, fototerapia, Hidroterapia, inhalación, compresas, baños médicos, crioterapia, termoterapia, electroterapia

Para poder acceder a la cobertura de la Póliza de Seguro, las terapias físicas y médicas deben ser prescritas por un Médico del Hospital como parte de la hospitalización. Además, estas terapias deben ser administradas por un Médico o un Terapeuta cualificado y certificado. La prescripción debe proporcionarse antes del Inicio del Tratamiento y debe incluir detalles como el diagnóstico y el tipo específico y el número de sesiones necesarias.

Ayudas y aparatos terapéuticos en el marco de una hospitalización

La Póliza de Seguro cubre los gastos relacionados con ayudas y aparatos terapéuticos diseñados como medidas para salvar la vida o que tratan o compensan directamente discapacidades físicas, como marcapasos cardíacos y miembros artificiales/prótesis (excluidas las Prótesis dentales). Estos aparatos deben ajustarse o adaptarse durante la estancia hospitalaria y deben permanecer en el cuerpo del asegurado.

Además, la Aseguradora reembolsará los gastos de reparación de las ayudas y aparatos terapéuticos dentro de las condiciones especificadas durante el Periodo de vigencia de la Póliza de Seguro.

Condiciones congénitas

La Aseguradora reembolsará los gastos correspondientes a Condiciones congénitas. Asimismo, cubrirá las complicaciones derivadas de la reproducción asistida, incluidos el parto, así como los partos prematuros o múltiples.

Tratamiento del Cáncer; Medicamentos y Tratamientos oncológicos, incluida la cirugía reconstructiva de mama posterior al Cáncer

Dentro del ámbito de la hospitalización, la Póliza de Seguro incluye la cobertura de los Gastos reembolsables relacionados con el Tratamiento médico del Cáncer y sus consecuencias directas, incluyendo pruebas diagnósticas, radioterapia, quimioterapia, Medicamentos y gastos asociados a la hospitalización. Además, se cubre la cirugía reconstructiva de mama posterior al Cáncer.

Mastectomía profiláctica

Una mastectomía profiláctica consiste en la extirpación quirúrgica de una o ambas mamas para reducir la probabilidad de desarrollar Cáncer de mama.

La Aseguradora solo reembolsará los gastos asociados a la cirugía preventiva destinada a reducir el riesgo de Cáncer de mama. Se aplica un período de carencia de 24 (veinticuatro) meses.

Diálisis

La Aseguradora reembolsará los Gastos reembolsables por Diálisis, incluyendo la medicación esencial y todos los costes asociados. Estos Gastos reembolsables cubren la hospitalización, Tratamiento ambulatorio y la Hospitalización diurna. Esta cobertura se extiende hasta el límite vitalicio, tal y como se indica en el ámbito de las Prestaciones.

Trasplantes de médula ósea y órganos en el marco de una hospitalización

En casos de trasplante de médula ósea u órganos (como corazón, riñón, hígado o páncreas), la Póliza de Seguro cubre los gastos médicos en que incurra una Persona asegurada que actúe como receptora y donante. Esta cobertura se extiende hasta el límite vitalicio, tal y como se indica en el ámbito de las Prestaciones.

Los Gastos reembolsables incluyen los costes relacionados con la obtención del órgano de un donante, los gastos de transporte del órgano hasta el lugar donde se encuentra el receptor y los posibles gastos de hospitalización del donante. **Sin embargo, no incluye los gastos relacionados con la búsqueda de un órgano o un donante adecuado.**

Alojamiento de uno de los padres en caso de hospitalización de un hijo menor de edad

La Póliza de Seguro incluye la cobertura de los gastos de alojamiento suplementarios de uno de los padres que acompañe a un hijo menor de 18 (dieciocho) años durante su hospitalización para recibir Tratamiento.

Cuidados de enfermería en el domicilio, en lugar de hospitalización

La Póliza de Seguro incluye la cobertura de la asistencia de enfermería Médicamente necesaria prestada en el domicilio por personal de enfermería cualificado. Esta opción sirve como alternativa a la estancia hospitalaria según las recomendaciones médicas o tiene por objeto acortar la duración de la hospitalización. La asistencia de enfermería a domicilio es aplicable junto con el Tratamiento médico y es reembolsable, con autorización por escrito de la Aseguradora antes del Inicio del Tratamiento.

Indemnización diaria sustitutiva por hospitalización

Cuando el titular de la Póliza de Seguro decida no solicitar el reembolso a la Aseguradora por una hospitalización cubierta recibida por una Persona asegurada, la Póliza de Seguro prevé el pago de un subsidio diario por hospitalización por cada día de ingreso prescrito en el Hospital. El importe del subsidio depende del nivel de la Modalidad contratada y está

sujeto a la suma máxima asegurada indicada en el ámbito de las Prestaciones.

Rehabilitación de seguimiento en régimen de hospitalización

La Aseguradora reembolsará los gastos relacionados con la Rehabilitación de seguimiento en régimen de hospitalización, esencial para la continuidad del Tratamiento hospitalario Médicamente necesario. Esto se aplica específicamente a casos como cirugía post-bypass, infarto cardíaco, trasplantes y cirugías que involucran huesos o articulaciones mayores, sujeta a la autorización previa y por escrito de la Aseguradora. La Rehabilitación de seguimiento en régimen de hospitalización deberá iniciarse dentro de las 2 (dos) semanas posteriores al alta hospitalaria. **Sin embargo, la Póliza de Seguro no cubre los gastos relacionados con Tratamientos en sanatorios, curas, estancias en establecimientos de cura, balnearios, residencias de convalecencia o residencias de ancianos.**

Residencia para enfermos terminales

La Aseguradora reembolsará los gastos relacionados con el alojamiento, los cuidados de enfermería y la asistencia si no es posible la atención ambulatoria en el domicilio del paciente o en la residencia de un familiar. Este reembolso está supeditado al cumplimiento de criterios específicos por parte de la residencia para enfermos terminales, entre los que se incluye la colaboración con personal de enfermería experimentado y Médicos especializados en Medicina paliativa. Además, la residencia para enfermos terminales deberá operar bajo la supervisión profesional de una enfermera u otro profesional debidamente cualificado con varios años de experiencia en Medicina paliativa o cualificaciones pertinentes, junto con formación en supervisión de cuidados de enfermería o gestión. La Aseguradora cubrirá los gastos de alojamiento, cuidados de enfermería y asistencia en función del estado de salud del paciente.

La Aseguradora proporciona Prestaciones exclusivamente para la atención hospitalaria a tiempo completo o parcial, en un centro de cuidados paliativos, cuando la Persona asegurada padece una Enfermedad progresiva en fase avanzada, incurable, que requiere Medicina paliativa hospitalaria y cuya expectativa de

vida se estima en semanas o, como máximo, en unos pocos meses.

La Aseguradora amplía las Prestaciones de cuidados paliativos a diversas Enfermedades, entre las que se incluyen, entre otras, las siguientes:

- Cáncer en fase avanzada.
- SIDA en fase avanzada y plenamente desarrollada,
- Trastornos del sistema nervioso que conducen a una parálisis progresiva e imparable,
- Etapas terminales de Enfermedades crónicas renales, hepáticas, cardíacas, digestivas o pulmonares.

Hospitalización diurna

La Póliza de Seguro cubre el Tratamiento recibido en un Hospital que no requiere pernoctación. Asimismo, incluye la hospitalización parcial que consiste en acudir a una clínica o un Hospital diurno o nocturno, en el que la Persona asegurada permanece durante el día o la noche, sin que sea Médicamente necesario un ingreso hospitalario de 24 horas.

En ambos casos, la duración de la estancia hospitalaria será entre 8 (ocho) y 24 (veinticuatro) horas y no debe superar el límite de 24 (veinticuatro) horas.

Transporte al Hospital adecuado más cercano para recibir Tratamiento inicial tras un Accidente o una Emergencia

La Aseguradora cubrirá los gastos Habituales, acostumbrados y razonables derivados del transporte al Hospital o centro médico más cercano y adecuado. Salvo que se acuerde lo contrario, la Prestación de dichos servicios deberá ser realizada por un proveedor debidamente autorizado.

Tratamiento dental con hospitalización

La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de procedimientos quirúrgicos orales complejos asociados que conllevan un riesgo superior al promedio de complicaciones potencialmente mortales. Entre estos procedimientos se incluyen, a modo de ejemplo, las deformidades congénitas de la mandíbula (por ejemplo, mandíbula hendida), las fracturas de mandíbula y los tumores.

Tratamiento dental de urgencia

El Tratamiento dental de urgencia con hospitalización se refiere a un Accidente grave que requiere hospitalización, como la reconstrucción de la mandíbula tras una lesión accidental. Este Tratamiento debe administrarse en las 24 horas siguientes al incidente de Emergencia. **Esta Prestación no incluye Tratamientos dentales posteriores, cirugía dental, prótesis o Implantes dentales, ortodoncia ni periodoncia.** El Médico responsable debe confirmar explícitamente que el Tratamiento dental en régimen de hospitalización es consecuencia de un Accidente grave, y el incidente debe estar documentado en el correspondiente informe médico o policial.

Prestaciones ambulatorias

La Póliza de Seguro proporciona cobertura para las siguientes Prestaciones relacionadas con el Tratamiento ambulatorio:

Límite máximo de cobertura ambulatoria

Las Prestaciones para el Tratamiento ambulatorio no superarán el Límite máximo de cobertura ambulatoria, salvo que se especifique lo contrario en el ámbito de las coberturas.

Consultas y servicios de diagnóstico, incluyendo patología, radiología, Tomografía computarizada (TC), Resonancia magnética (RM), Tomografía por emisión de positrones (PET) y Medicina paliativa

La Póliza de Seguro incluye la cobertura de los gastos incurridos en relación con el Tratamiento ambulatorio, que abarca exámenes, diagnósticos y terapia.

Las Prestaciones ofrecidas incluyen el reembolso de una serie de servicios, entre los que se incluyen, entre otros, patología, radiología, Tomografía computarizada (TC), Resonancia magnética (RM), Tomografía por emisión de positrones (PET) y Medicina paliativa.

Cirugía ambulatoria

La Póliza de Seguro cubre las cirugías que puedan ser realizadas por un Médico o en un entorno hospitalario, que no requieran pernoctar en el Hospital ni hospitalización posterior.

Tratamiento del Cáncer, Medicamentos y Tratamiento oncológicos

La Póliza de Seguro cubre las medidas Médicamente necesarias para el examen, el diagnóstico y la terapia en el contexto del Tratamiento ambulatorio del Cáncer y sus consecuencias directas, incluida la quimioterapia y otros procedimientos oncológicos.

Acupuntura, Homeopatía, Osteopatía, Quiropráctica y Medicina tradicional china

La Póliza de Seguro cubrirá los gastos relacionados con la Acupuntura, la Homeopatía, la Osteopatía, la Quiropráctica y la Medicina tradicional china únicamente cuando estos Tratamientos sean

administrados por Médicos u otros Profesionales sanitarios debidamente autorizados y que puedan acreditar una formación certificada y adecuada en el país donde se realiza el Tratamiento.

Asimismo, los Medicamentos y Vendajes prescritos por dichos Médicos o Profesionales sanitarios que realizan el Tratamiento también están incluidos en la cobertura de la Póliza de Seguro.

Logopedia

En el caso de los trastornos del habla y la voz, la Aseguradora cubrirá los Gastos reembolsables correspondientes a los ejercicios y la terapia prescritos médicamente para su Tratamiento, siempre que dichas intervenciones sean realizadas por un Médico o un logopeda. La cobertura es aplicable conforme a la Póliza de Seguro, siempre y cuando se obtenga una autorización por escrito de la Aseguradora antes del Inicio del Tratamiento.

Medicamentos y Vendajes

Para tener derecho a la cobertura de la Póliza de Seguro, las recetas de Medicamentos y Vendajes deben ser expedidas por un Médico, Profesional sanitario, Dentista o una persona autorizada para hacerlo bajo su supervisión. Dichos Medicamentos y Vendajes deben obtenerse en una farmacia o un proveedor oficialmente autorizado.

Los artículos tales como alimentos nutricionales, tónicos, agua mineral, cosméticos, productos para la higiene personal y sales de baño no se consideran Medicamentos. En consecuencia, no cumplen los criterios para ser cubiertos como Tratamiento médico en virtud de la Póliza de Seguro.

Medicamentos sin receta (OTC)

Los Medicamentos sin receta (OTC) se pueden adquirir sin receta médica y suelen utilizarse para aliviar los síntomas de Enfermedades comunes que pueden no requerir la visita al Médico por parte de la Persona asegurada.

La Póliza de Seguro cubre los gastos relacionados con estos Medicamentos sin receta, hasta la suma máxima asegurada especificada en el ámbito de las Prestaciones, por cada Año de seguro.

Fisioterapia, incluidos masajes

La Póliza de Seguro cubre los servicios fisiomédicos, incluida la fisioterapia, la terapia de ejercicios y los masajes, que se accedan a ellos mediante receta médica y sean administrados por un Médico o un Terapeuta cualificado y certificado. La receta debe emitirse antes del Inicio del Tratamiento y debe especificar el diagnóstico, así como el tipo y el número de sesiones requeridas.

Terapias, incluyendo terapia ocupacional, fototerapia, Hidroterapia, inhalación, compresas, baños médicos, crioterapia, termoterapia, electroterapia

La Póliza de Seguro cubre servicios fisioterapéuticos como terapia ocupacional, fototerapia, Hidroterapia, inhalaciones, compresas, baños medicinales, Tratamientos con frío y/o calor, electroterapia y terapia de ejercicios, siempre que sean administrados por un Médico o un Terapeuta certificado y hayan sido recetados por el Médico como parte del Tratamiento ambulatorio. La prescripción debe emitirse antes del Inicio del Tratamiento y debe especificar el diagnóstico, junto con el tipo y número de sesiones requeridas.

Ayudas y aparatos terapéuticos en el marco de un Tratamiento ambulatorio

La Póliza de Seguro cubre las ayudas y aparatos terapéuticos siempre que hayan sido prescritos por un Médico. Los Gastos reembolsables incluyen los relacionados con prótesis y órganos artificiales, así como ayudas ortopédicas y otras ayudas terapéuticas diseñadas para prevenir o aliviar discapacidades físicas.

En el marco de un Tratamiento ambulatorio, las ayudas y aparatos terapéuticos incluyen Vendajes, fajas, plantillas para zapatos, ayudas para caminar, audífonos, medias de compresión, férulas correctoras, prótesis y miembros artificiales (**excluidas las prótesis dentales**), armazones de yeso para decúbito y sedestación, y aparatos ortopédicos para brazos, piernas y todo el cuerpo.

Las pelucas y los sujetadores protésicos para mujeres sometidas a Tratamiento contra el Cáncer son reembolsables en virtud de la Póliza de Seguro, siendo el importe dependiente del nivel de la Modalidad y sujeto a la suma máxima asegurada tal y como se indica en el ámbito de las Prestaciones. Todos los

demás dispositivos y aparatos terapéuticos requieren autorización previa y por escrito de la Aseguradora para ser reembolsables.

Los gastos de mantenimiento razonables, como el servicio anual o la sustitución de baterías, y las reparaciones de ayudas y aparatos terapéuticos son reembolsables dentro del ámbito de estas disposiciones. **Sin embargo, los gastos de suministros sanitarios, como compresas y aparatos de masaje, así como su uso y mantenimiento, no están cubiertos por la Póliza de Seguro.**

Podología

La Aseguradora cubrirá los gastos que reúnan los requisitos para el Tratamiento podológico Médicamente necesario. Para ser reembolsables, estos servicios deben ser prescritos por un Médico, y la prescripción debe emitirse antes del Inicio del Tratamiento. Debe especificar claramente el diagnóstico, la naturaleza de la condición y el número de sesiones necesarias.

Transporte al Hospital o Médico adecuado más cercano para recibir Tratamiento inicial tras un Accidente o una Emergencia

La Aseguradora reembolsará los gastos Habituales, acostumbrados y razonables derivados del transporte de Emergencia al Médico, Hospital o centro médico más cercano y adecuado tras un Accidente o una Emergencia. Salvo que se acuerde lo contrario, la Prestación de dichos servicios deberá ser realizada por un proveedor debidamente autorizado.

Tratamiento de infertilidad

Dentro del ámbito definido de las Prestaciones, y con autorización previa y por escrito, la Aseguradora reembolsará los gastos relacionados con diversos diagnósticos y Tratamientos Habituales, acostumbrados y razonables para mejorar la fertilidad. Esta cobertura incluye medidas para prevenir futuros abortos espontáneos, investigaciones sobre abortos espontáneos y la reproducción asistida, junto con las complicaciones asociadas. Los gastos cubiertos incluyen:

- Investigaciones diagnósticas, consultas, pruebas y procedimientos invasivos, como histerosalpingografía, laparoscopia o histeroscopia.
- análisis de laboratorio,
- Tratamientos con Medicamentos recetados (incluida la estimulación de la ovulación),
- Fecundación in vitro (FIV),
- Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).
- Inseminación artificial (IA).

Además, la Aseguradora solo proporcionará las Prestaciones si:

- La mujer es menor de 40 años y el hombre menor de 50 años en el momento del Tratamiento, concretamente el primer día de estimulación de cada ciclo de Tratamiento o el primer día del ciclo en el caso de inseminación sin estimulación hormonal.
- La evaluación médica ha determinado una posibilidad significativa de éxito superior al 15 % para el método seleccionado.
- La esterilidad de la Persona asegurada se debe a causas orgánicas y solo puede superarse con ayuda reproductiva; y
- Tanto el hombre como la mujer que se benefician del Tratamiento son Personas aseguradas y tienen derecho al Tratamiento según el nivel de la Modalidad que hayan seleccionado.

Se aplica un período de carencia de 24 (veinticuatro) meses.

Prestaciones de salud mental y bienestar

Hospitalización

Tratamiento psiquiátrico

La Póliza de Seguro incluye la cobertura de los servicios psiquiátricos en régimen de hospitalización, siempre que la Aseguradora conceda su autorización por escrito antes del Inicio del Tratamiento. Se aplica un período de carencia de 10 (diez) meses.

Psicoterapia en régimen de hospitalización

La Póliza de Seguro cubre los gastos de psicoterapia como parte de la hospitalización, siempre que el Tratamiento sea administrado por un psiquiatra, un psicoterapeuta o un Médico con formación especializada en psiquiatría, psicoterapia o psicoanálisis. Para que la psicoterapia hospitalaria esté cubierta, se requiere la autorización por escrito de la Aseguradora antes del Inicio del Tratamiento. Se aplica un período de carencia de 10 (diez) meses.

Tratamiento ambulatorio

Tratamiento psiquiátrico

La Aseguradora reembolsará los gastos del Tratamiento psiquiátrico ambulatorio solo si se ha dado una autorización por escrito para cubrir estos gastos antes del Inicio del Tratamiento. El Tratamiento psiquiátrico es administrado por psiquiatras, que son Médicos con formación y educación especializadas en salud mental, que poseen las habilidades y la experiencia necesarias para diagnosticar y tratar los problemas mentales y físicos asociados con los trastornos psicológicos. Se aplica un período de carencia de 10 (diez) meses.

Psicoterapia ambulatoria

La Aseguradora reembolsará los gastos de psicoterapia ambulatoria si el Tratamiento es administrado por un psiquiatra, un psicoterapeuta o un Médico con formación adicional en los campos especializados de psiquiatría, psicoterapia o psicoanálisis. La psicoterapia es un método de Tratamiento colaborativo e interactivo, centrado en el diálogo y que depende de la relación entre una persona y un psicólogo. La cobertura es aplicable en virtud de la

Póliza de Seguro, siempre que se obtenga la autorización por escrito de la Aseguradora antes del Inicio del Tratamiento. Se aplica un período de carencia de 10 (diez) meses.

Revisiones médicas rutinarias y pruebas de detección realizadas en ausencia de síntomas

La Póliza de seguro cubre los chequeos médicos rutinarios que implican exámenes o pruebas de detección realizados en ausencia de síntomas clínicos. Estas pruebas se realizan en función de la edad para detectar anomalías o Enfermedades, y comprenden los siguientes exámenes:

- Signos vitales (presión arterial, pulso, respiración, temperatura),
- Perfil lipídico,
- Examen cardiovascular,
- Examen neurológico,
- Detección del Cáncer,
- Prueba de bienestar infantil,
- Prueba de diabetes,
- Prueba del VIH y el SIDA,
- Detección ginecológica.

Vacunas e inmunización

La Aseguradora reembolsará los gastos relacionados con las vacunas y las Medidas profilácticas recomendadas para el País de residencia de la Persona asegurada. Esta cobertura incluye tanto los honorarios de la consulta para administrar la vacuna como el coste de la propia vacuna.

Consulta de nutrición

La Póliza de Seguro proporciona cobertura para los Gastos reembolsables relacionados con las consultas ambulatorias con un nutricionista, siempre que se produzcan tras el diagnóstico de una condición que requiera asesoramiento nutricional para su Tratamiento eficaz. Entre dichas afecciones se incluyen el Cáncer, los trastornos alimentarios, las Enfermedades gastrointestinales, las Enfermedades cardíacas e intolerancias o alergias alimentarias.

Para tener derecho a la cobertura, estos servicios deben ser prescritos por un Médico, y la prescripción debe emitirse antes del Inicio del Tratamiento. La prescripción debe especificar claramente el diagnóstico, la naturaleza de la condición y el número de sesiones necesarias.

Prestaciones de maternidad

Hospitalización

Atención de maternidad y parto, incluidos los servicios de una comadrona o enfermera obstétrica

La Aseguradora reembolsará los Gastos reembolsables relacionados con el parto, el embarazo o las Enfermedades relacionadas con el embarazo incurridos en un Hospital, una maternidad o una institución similar. Esto incluye los gastos de enfermería a domicilio, necesarios por el embarazo o Enfermedades relacionadas, así como los servicios de comadrona o enfermera obstétrica.

La cobertura de los servicios de comadrona durante el parto solo es aplicable en los casos de partos asistidos por comadronas. **Los honorarios de los Médicos no están cubiertos, a menos que se consideren Médicamente necesarios debido a complicaciones durante el parto.** La asistencia de enfermería a domicilio prescrita médicamente, está cubierta después del parto con hospitalización, tras el alta hospitalaria en un plazo de 24 (veinticuatro) horas. La Aseguradora reembolsará dichos gastos hasta un máximo de 5 (cinco) días consecutivos después del parto.

En el caso de cesáreas no Médicamente necesarias, la cobertura se extiende hasta el costo de un parto rutinario reembolsable en el mismo Hospital, dentro de la suma máxima especificada por el nivel de la Modalidad seleccionada en el ámbito de las Prestaciones. Se aplica un período de carencia de 12 (doce) meses.

Complicaciones del embarazo y el parto

La Aseguradora reembolsará los Gastos reembolsables asociados con el parto prematuro, el aborto espontáneo, el aborto Médicamente necesario, el nacimiento sin vida, el embarazo ectópico, la mola hidatiforme, la cesárea, la hemorragia posparto, la retención de la membrana placentaria y las complicaciones derivadas de cualquiera de estas condiciones. Se aplica un período de carencia de 12 (doce) meses.

Atención al recién nacido

La Póliza de Seguro para el recién nacido proporciona cobertura para el Tratamiento de Condiciones médicas rutinarias y agudas que se produzcan en los primeros 30 (treinta) días tras el nacimiento. Estos Tratamientos están cubiertos exclusivamente por la «Prestación de atención al recién nacido» y no son reembolsables en virtud de ninguna otra categoría de Prestaciones de la Póliza de Seguro. Los recién nacidos deben estar incluidos como Personas aseguradas en la Póliza de Seguro para tener acceso a la Prestación.

Las Condiciones médicas de naturaleza congénita, así como las complicaciones derivadas de la concepción asistida o al parto, incluyendo, entre otras, el parto prematuro o los partos múltiples, están cubiertas por la Prestación «Condiciones congénitas» de la Póliza de Seguro del recién nacido.

Tratamiento ambulatorio

Atención materna y parto ,incluidos los servicios de una comadrona o enfermera obstétrica

La Aseguradora cubrirá los Gastos reembolsables relacionados con el embarazo o las Enfermedades relacionadas con el embarazo, incluyendo las ecografías y pruebas de maternidad rutinarias estándar. La cobertura se extiende a todas las pruebas diagnósticas Médicamente necesarias, incluyendo la amniocentesis y muestra de vellosidades coriónicas (CVS), **pero excluye las pruebas NIPT y otras formas de pruebas genéticas.**

En los países en los que la atención prenatal rutinaria suele ser prestada por una comadrona titulada, los servicios de comadrona son reembolsables. El reembolso de los gastos correspondientes a los exámenes y Tratamientos realizados por comadronas solo se aplicará si no se han cobrado los mismos servicios por parte de un Médico.

Además, la Aseguradora cubrirá 12 (doce) visitas domiciliarias de la comadrona después del parto por cada embarazo. **Sin embargo, los servicios de doula, así como las clases prenatales y posnatales, no son reembolsables.** Se aplica un período de carencia de 12 (doce) meses.

Complicaciones del embarazo y el parto

La Aseguradora cubrirá los Gastos reembolsables incurridos por parto prematuro, aborto espontáneo, aborto Médicamente necesario, pérdida fetal, embarazo ectópico, mola hidatiforme, cesárea, hemorragia posparto, retención de la membrana placentaria y complicaciones derivadas de cualquiera de estas afecciones. Se aplica un período de carencia de 12 (doce) meses.

Prestación en efectivo por parto ambulatorio

El parto ambulatorio se caracteriza por dar a luz en casa o salir del Hospital, la maternidad o una institución similar en las 24 horas siguientes al parto. La Aseguradora proporcionará una indemnización a tanto alzado por parto por cada recién nacido tras recibir el certificado de nacimiento y, si procede, un certificado de el proveedor médico confirmando la duración de la estancia. Se aplica un periodo de carencia de 12 (doce) meses.

Prestaciones de ayudas ópticas y servicios odontológicos

Ayudas ópticas, incluida una revisión ocular

La Aseguradora cubrirá los gastos de gafas, monturas y lentes, incluidas las lentes de contacto o las gafas de sol equipadas con lentes dióptricas, junto con una prueba de refracción por Año de seguro. En caso de que la agudeza visual de la Persona asegurada cambie en al menos 0,5 dioptrías durante el Año de seguro, se renovará el derecho a las Prestaciones en relación con dicho cambio.

Servicios odontológicos

Límite máximo de cobertura dental

Las Prestaciones por servicios odontológicos no superarán el límite máximo de cobertura dental, salvo que se especifique lo contrario en el ámbito de las Prestaciones.

Servicios odontológicos menores

La Póliza de Seguro cubre lo siguiente:

Revisiones

La Póliza de Seguro cubre revisiones rutinarias para la detección precoz de trastornos de los dientes, la boca y la mandíbula.

Servicios dentales generales, incluyendo:

- Examen radiográfico.
- Anestesia local intraoral en relación con servicios dentales menores.

Servicios profilácticos, que incluyen:

- Eliminación de sarro y pulido,
- Limpieza dental profesional,
- Evaluación del estado de higiene bucal,
- Fluoración local para menores de edad,
- Sellado de fisuras dentales sin caries para menores de edad.

Servicios conservadores, incluyendo:

- Empastes simples relacionados con caries,
- Tratamiento de conductos radiculares en relación con un empaste simple posterior.

Servicios quirúrgicos, incluyendo:

- Extracción de dientes.
- Extracción de dientes con fracturas profundas o destrucción profunda.
- Hemisección o extracción parcial,
- Extracción de un diente retenido, impactado o desalineado en una osteotomía,
- Reimplantación de un diente, incluida la fijación simple,
- Escisión de la mucosa o del tejido de granulación,
- Resección de la punta de la raíz/amputación de la raíz y cistectomía.

Los servicios prestados para las Enfermedades de la mucosa oral y el periodonto incluyen:

- Preparación y documentación del estado del periodonto.
- Tratamiento local de Enfermedades de la mucosa oral,
- Cirugía periodontal (especialmente eliminación de concreciones subgingivales y alisado radicular) procedimiento cerrado; la profundidad de la bolsa debe ser superior a 3 milímetros,
- Cirugía con colgajo, curetaje abierto, incluida osteoplastia; la profundidad de la bolsa debe ser superior a 5 milímetros y el procedimiento cerrado ya se ha realizado anteriormente.

Inserción de férulas oclusales, incluyendo:

- Inclusión de una férula oclusal sin ajustar la superficie.
- Inclusión de una férula oclusal con ajuste de superficie,
- Inspección de una férula oclusal o ajustes superficiales, por ejemplo, medidas aditivas o sustractivas.

Análisis funcional y terapia funcional, incluyendo:

- Análisis funcional clínico, incluida la documentación.
- Registro de la posición central de la mandíbula en relación con la articulación, incluido el registro del pin de apoyo (creación de un arco facial y coordinación del arco facial con un articulador).

Servicios odontológicos mayores

La Aseguradora reembolsará los gastos de servicios odontológicos mayores solo si se ha dado una autorización por escrito para cubrir estos gastos antes del Inicio del Tratamiento.

Los gastos de servicio odontológicos mayores cubiertos por la Póliza de Seguro son los siguientes:

Servicios protésicos, incluyendo:

- Impresión o impresión parcial de la mandíbula para un modelo de situación, incluida una evaluación para el diagnóstico o la programación.
- Preparación de un calendario escrito del Tratamiento y los gastos del Tratamiento protésico.
- Preparación de un diente destruido con materiales de aumento plásticos y un perno para recibir una corona.
- Incrustaciones/recubrimientos,
- Fijación adhesiva (acumulación de plástico, clavija, incrustación, corona, corona parcial).
- Restauración de un diente con una corona completa o parcial.
- Colocación de una corona prefabricada en un niño,
- Coronas/puentes provisionales,
- Restauración de una arcada parcialmente edéntula con un puente o prótesis.
- Corona telescópica y prótesis.
- Restauración de una mandíbula edéntula con una prótesis total.

Servicios de implantología, incluyendo:

- Análisis relacionado con Implantes,
- Uso de una férula de orientación/ posicionamiento.
- Inserción de Implantes; solo 4 Implantes por mandíbula y dentaduras de soporte,
- Exposición de un Implante.
- Inserción de material de aumento (hueso y/o material sustitutivo del hueso),
- Elevación del suelo del seno maxilar.

Los Tratamientos previos y posteriores, por ejemplo, los Tratamientos dentales relacionados con prótesis dentales, se reembolsan como gastos en el contexto en el que se prescriben o se prestan.

Tratamiento de ortodoncia realizado antes de cumplir los 18 años

La Póliza de Seguro cubre el Tratamiento de ortodoncia para un niño, realizado antes de cumplir los 18 años, que incluye el uso de aparatos metálicos, retenedores y un plan de Tratamiento prescrito. La determinación de si este Tratamiento es Médicamente necesario se basa en la evaluación del Índice de Necesidades de Tratamiento Ortodóntico (IOTN) por parte de la Aseguradora, tomando como referencia los estándares de la Sociedad Británica de Ortodoncia. **Sin embargo, la Aseguradora no cubre ningún coste o servicio adicional, incluidos los aparatos especializados como los brackets linguales o los alineadores transparentes como Invisalign.**

Plan de Tratamiento

Antes de iniciar el Tratamiento, el Médico o el Dentista deben proporcionar un plan de Tratamiento y los costes asociados, especialmente si se prevé el uso de prótesis dentales, medidas de rehabilitación extensas o Tratamiento de ortodoncia. Posteriormente, la Aseguradora notificará a la Persona asegurada el alcance del reembolso de estos costes.

Tratamiento dental accidental

Se proporcionarán todas las Prestaciones hasta el límite total si la Persona asegurada requiere Tratamiento dental debido a una lesión accidental en los dientes como consecuencia de un impacto externo directo en la cabeza, como caídas u otros Accidentes que causen lesiones por fuerza externa. **Las lesiones causadas por comer, beber o cualquier lesión resultante de morder, masticar, apretar o rechinar los dientes no están cubiertas por este tipo de Prestación.** El recibo del Dentista debe confirmar explícitamente que el Tratamiento es consecuencia de un Accidente. Además, es necesaria una prueba del Accidente, respaldada por un informe médico o policial. No se aplican períodos de carencia.

Exclusiones dentales

Los siguientes servicios odontológicos no están cubiertos por la Póliza de Seguro:

- **Fluoración de la superficie dental y sellado de fisuras para adultos,**
- **Carillas, incluidas las coronas parciales de los dientes frontales.**
- **Blanqueamiento dental o cualquier servicio cosmético y estético relacionado,**
- **Sedación/anestesia,**
- **Medidas para aliviar el dolor y la ansiedad, como Acupuntura, hipnosis, anestesia general, sedación con gas hilarante, anestesia con sueño crepuscular.**

A efectos aclaratorios, la cobertura comprende lo siguiente:

- Cobertura de los gastos de los niños de hasta 12 años si un especialista cualificado les diagnostica un trastorno de ansiedad.
- Además, en caso de fracaso de la anestesia local,
- Tratamiento bajo anestesia local considerado imposible debido a una discapacidad psicológica y física grave en un paciente.

Prestaciones de servicios asistenciales

Las Personas aseguradas pueden solicitar los servicios ofrecidos por los Centros de servicio de acuerdo con el nivel de la Modalidad elegida siempre que se produzca un evento asegurado o una Emergencia.

La red de servicios y asistencia de la Aseguradora, formada por socios competentes y experimentados sobre el terreno, ofrece a las Personas aseguradas apoyo individual en todo el mundo, así como un asesoramiento completo y competente para cualquier situación.

Esta red está presente en más de 180 países y ofrece un excelente apoyo, fiabilidad y servicio.

Estos servicios están disponibles las 24 (veinticuatro) horas del día, los 7 (siete) días de la semana, los 365 días del año. Si la Persona Asegurada necesita su asistencia, simplemente debe llamar al número indicado en los documentos del seguro en cualquier momento, de día o de noche.

La Persona asegurada puede solicitar servicios de asistencia de acuerdo con el nivel de la Modalidad elegida siempre que se produzca un evento asegurado o una Emergencia.

Cuando finaliza la cobertura del seguro prevista en la Póliza de Seguro, la Persona asegurada deja de tener derecho a estos servicios.

Servicio telefónico y por correo electrónico las 24 horas del día con asesores, Médicos y especialistas experimentados

El servicio de asistencia está disponible todos los días del año, las 24 (veinticuatro) horas del día, ya sea por correo electrónico o a través de la línea directa de asistencia.

Evacuación médica y Repatriación

Este servicio incluye un servicio de ambulancia médicamente justificado y necesario, ya sea dentro del País de residencia o a un lugar transfronterizo si se considera que la atención médica hospitalaria o las normas de higiene del Hospital local son inadecuadas. El servicio también incluye los gastos de acompañamiento médico, médicamente justificado y

necesario durante el transporte.

La Aseguradora cubrirá los gastos de transporte de una Persona asegurada en las siguientes condiciones:

- La evacuación o Repatriación debe ser prescrita por el Médico tratante y considerarse Médicamente necesaria.
- La Aseguradora o el Centro de servicio deben dar su autorización previa y por escrito.

Tras consultar con la Aseguradora o el Centro de servicio y el Médico que le atiende, la Persona asegurada será trasladada (dentro de la Área geográfica seleccionada) a:

- Un lugar más adecuado para su Tratamiento en otro país.
- El País de residencia de la Persona asegurada si el evento asegurado ocurrió fuera de este país.
- El País de origen o País de salida de la Persona asegurada.

Si fuera Médicamente necesario, la Aseguradora también se encargará de que un Médico acompañe a la Persona asegurada durante el viaje. Es importante destacar que la Aseguradora solo cubrirá el transporte a un lugar que se considere adecuado para el Tratamiento.

Información sobre la infraestructura médica

En caso de un evento asegurado o una Emergencia, la Aseguradora o el Centro de servicio informarán a la Persona asegurada sobre la atención médica disponible en la zona. La información relativa a la designación de Médicos, consultores hospitalarios, Hospitales e instalaciones médicas especializadas en las proximidades de la Persona asegurada, puede proporcionarse en inglés, alemán, francés y español. Además, también se puede ofrecer orientación y asistencia para elegir un lugar de Tratamiento, en caso de traslado Médicamente necesario o cambio de proveedor de atención médica.

Apoyo e información, incluida una Segunda opinión

La Persona asegurada puede ponerse en contacto con la Aseguradora o el Centro de servicio por teléfono siempre que necesite asistencia médica local. A petición de la Persona asegurada, la Aseguradora o

el Centro de servicio pueden informar a los familiares de la Persona asegurada sobre la ocurrencia de un evento asegurado o una Emergencia, siempre que sea técnicamente posible.

En los casos de Enfermedades potencialmente mortales o discapacidades permanentes graves, la Persona asegurada tiene la opción de solicitar una Segunda opinión directamente a otro Médico o, si es necesario, a través de la Aseguradora o del Centro de servicio. La Aseguradora o el Centro de servicio ayudarán a la Persona asegurada a planificar los ingresos y altas hospitalarios para la hospitalización.

En los casos que requiera hospitalización, la evolución de la Enfermedad puede ser supervisada por Médicos asociados a la Aseguradora o al Centro de servicio. Esta supervisión se extiende también a los Tratamientos ambulatorios destinados a evitar hospitalizaciones.

Garantía de pago – GOP

En caso de una Emergencia que requiera hospitalización, la Persona asegurada deberá ponerse en contacto inmediatamente con la Aseguradora o el Centro de servicio. Si hay una hospitalización planificada o una cirugía que califica como Tratamiento ambulatorio en lugar de una hospitalización, la Persona asegurada deberá notificarlo a la Aseguradora o al Centro de servicio al menos 7 (siete) días antes de la fecha prevista para el ingreso hospitalario. Esta notificación es fundamental para una planificación adecuada, ya sea para una hospitalización programada o una hospitalización de urgencia, ya que permite a la Aseguradora o al Centro de servicio gestionar los trámites necesarios y garantizar la cobertura de los gastos de los Médicos o del Hospital.

Estas formalidades incluyen la revisión médica de las facturas para verificar que se ajustan a los estándares Habituales, acostumbrados y razonables. La Aseguradora también coordinará con el Hospital las direcciones de envío de las facturas y las condiciones de pago, garantizando el pago directo de las mismas. En tales casos, la Persona asegurada recibirá una notificación por escrito o por correo electrónico de la Aseguradora o del Centro de servicio sobre el proceso.

Si no se informa a la Aseguradora o al Centro de servicio con antelación o inmediatamente en caso de Emergencia, es posible que la Aseguradora no pague la

totalidad del Siniestro.

Repatriación de restos mortales

En caso de fallecimiento en el extranjero, la Aseguradora o el Centro de servicio pueden proporcionar ayuda para:

- Obtención del certificado de defunción o del informe del Accidente, según lo permita la ley.
- Servir de enlace con las autoridades públicas y los consulados en el país extranjero.
- Determinar qué familiares supervivientes están autorizados a tomar decisiones sobre la repatriación o la cremación del fallecido.
- Gestión de todos los trámites para la repatriación, la cremación o el funeral local, de conformidad con la normativa del país correspondiente.

La Aseguradora reembolsará:

- Los gastos directos incurridos por la repatriación del fallecido al País de salida o al País de origen, incluyendo todos los trámites asociados. Esto también cubre a un familiar que viaje con los restos mortales si acompañaba al fallecido en el momento de su muerte.
- Los gastos relacionados con la repatriación de la urna al País de salida o al País de origen si el fallecido ha sido incinerado en el País de residencia. Esto incluye a un familiar que viaje con los restos mortales si acompañaba al fallecido en el momento de su muerte.

No obstante, los gastos funerarios no estarán cubiertos por la Póliza de Seguro

Asistencia médica adicional adecuada

Con independencia de que se haya producido un evento asegurado o no, y siempre que se solicite, la Aseguradora o el Centro de servicio facilitarán a las Personas aseguradas información general sobre el destino, las costumbres locales y los trámites necesarios. Además, proporcionarán información médica, incluyendo consejos sobre vacunas y consultas médicas por teléfono, para ayudar a preparar el viaje. Además, se le orientará sobre qué incluir en un botiquín de primeros auxilios personal.

En caso de que se produzca un evento asegurado, la Aseguradora o el Centro de servicio proporcionarán información general sobre la naturaleza, las posibles causas y los Tratamientos disponibles para la Enfermedad. Aclararán la terminología médica utilizada y proporcionarán detalles sobre los Medicamentos, sus posibles efectos secundarios e interacciones.

En los casos que requieran Tratamiento ambulatorio, la Aseguradora o el Centro de servicio coordinarán y supervisarán el Tratamiento y su evolución, facilitando las consultas entre Médicos si es necesario y organizando cualquier apoyo adicional que se requiera.

Servicios en línea

La Persona asegurada tiene derecho a utilizar el servicio en línea disponible en el área exclusiva para miembros.

Prestaciones de servicios adicionales

Visita familiar por motivos compasivos

Las Prestaciones incluyen los siguientes servicios:

- En caso de que la Persona asegurada sea hospitalizada debido a una Emergencia médica, ya sea en su País de residencia o mientras viaja por placer o por negocios, la Aseguradora o el Centro de servicio organizarán la visita de un familiar si la estancia en el Hospital supera los siete días. Se harán los arreglos necesarios para que un miembro de la familia pueda viajar al Hospital y regresar a su domicilio.
- Si una Persona asegurada se ve obligada a regresar a su País de origen debido a una Enfermedad grave, un Accidente o el fallecimiento de un familiar, la Aseguradora o el Centro de servicio reembolsarán hasta las sumas máximas especificadas.

Esta Prestación, conocida como visita familiar por motivos compasivos, incluye el reembolso de los gastos de transporte (como viaje en tren en primera clase y/o vuelo en clase turista) de los familiares que viajen al País de residencia de la Persona asegurada, al lugar de hospitalización o al lugar de entierro en su País de origen. Se consideran Enfermedades graves y Accidentes graves aquellos que suponen un riesgo para la vida del familiar. A efectos de esta cobertura, se consideran familiares el cónyuge o la pareja de hecho, así como los padres y los hijos de la Persona asegurada. El reembolso de los gastos de transporte de regreso debido a una Enfermedad grave o un Accidente grave está supeditado a una autorización previa y por escrito de la Aseguradora o el Centro de servicio. Además, los gastos de transporte debidos a un fallecimiento solo se reembolsarán previa presentación del certificado de defunción.

Regreso al País de residencia tras una Repatriación

La Aseguradora cubrirá los gastos de transporte (como viaje en tren en primera clase, vuelo en clase turista) hasta la suma máxima especificada en el ámbito de las Prestaciones, pero solo si la Persona asegurada se ha puesto en contacto previamente con la Aseguradora o el Centro de servicio.

Retraso en el viaje de regreso

Si el regreso de una Persona asegurada desde el País de residencia se pospone debido a una Emergencia médica que le impide viajar, la Aseguradora cubrirá los gastos adicionales incurridos por la modificación de las reservas de hotel y vuelo, hasta la suma máxima especificada en el ámbito de las Prestaciones.

Adquisición y envío de Medicamentos esenciales

Si una Persona asegurada depende de Medicamentos esenciales que no están disponibles en su País de residencia, puede solicitar a la Aseguradora o al Centro de servicio que adquieran dichos Medicamentos legalmente autorizados y se los envíen, siempre que su importación no esté prohibida por la legislación aplicable.

Transporte de regreso o cuidado de menores

En caso de una Emergencia médica que requiera que ambos padres sean hospitalizados en el País de residencia, la Aseguradora se encargará de que un servicio de bienestar infantil cuide de los niños durante toda la duración de la hospitalización. Si ambos padres sufren una Emergencia médica mientras están de vacaciones (hasta 6 (seis) Semanas) y requieren hospitalización, la Persona asegurada tiene derecho a solicitar el transporte de regreso del niño (menor de 18 (dieciocho) años) con un acompañante al País de residencia.

Organización de ayuda en caso de dificultades legales

La Aseguradora o el Centro de servicio pueden poner en contacto a la Persona asegurada con abogados o expertos de todo el mundo que dominen el inglés, el alemán, el francés o el español. Cuando sea necesario, el Centro de servicio puede facilitar el pago anticipado de los honorarios de los abogados, los gastos judiciales o la fianza. Es importante señalar que el pago anticipado no lo realiza directamente la Aseguradora ni el Centro de servicio, sino que estos coordinan con bancos o familiares y ayudan a transferir los fondos si es necesario.

Ayuda con los problemas psicológicos que puedan derivarse de la estancia en el extranjero

Si la estancia en el extranjero provoca conflictos psicológicos a la Persona asegurada, la Aseguradora o el Centro de servicio proporcionarán asistencia psicológica por teléfono y, si lo consideran necesario, también le proporcionarán el apoyo local adecuado.

Telemedicina

La Aseguradora ofrece a todas las Personas aseguradas acceso a servicios de telemedicina. En colaboración con un proveedor externo, la Aseguradora ofrece una aplicación gratuita, disponible tanto en plataformas iOS como Android. El acceso está abierto a todas las Personas aseguradas mayores de 18 (dieciocho) años, cubiertas activamente por esta Póliza de Seguro y que hayan dado su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales. Se emplean estrictas medidas de seguridad para proteger tanto el acceso, como los datos, reduciendo cualquier posible riesgo de vulneración de la seguridad.

Los servicios disponibles incluyen consultas telefónicas, consultas por vídeo y chat, todos ellos en inglés, alemán y español. Estos servicios están disponibles las 24 (veinticuatro) horas del día, los 7 (siete) días de la semana.

4. Modalidad

La prima se determinará una vez completada la Solicitud de Seguro de Salud, teniendo en cuenta factores como el País de residencia, entre otros criterios aplicables.

1. Cambio del Área geográfica II al Área geográfica I:

Si el País de residencia cambia durante la vigencia de la Póliza de Seguro y esta originalmente incluía cobertura del Área geográfica II, dando lugar a una transición al Área geográfica I, se aplicarán de forma inmediata las primas correspondientes al Área geográfica I, incluida la cobertura en los Estados Unidos de América.

2. Cambio del Área geográfica I al Área geográfica II:

Si el País de residencia cambia durante la vigencia de la Póliza de Seguro y esta inicialmente incluía cobertura del Área geográfica I, dando a lugar a una transición al Área geográfica II, las primas correspondientes al Área geográfica II se aplicarán a partir del siguiente Año de seguro. Hasta ese momento, seguirán siendo pagaderas las primas correspondientes a la cobertura en los Estados Unidos de América.

Si la Persona asegurada pasa a una nueva categoría de edad tras su cumpleaños, la prima se ajustará para reflejar dicha categoría en la siguiente renovación. Estos ajustes se llevarán a cabo de conformidad con las disposiciones establecidas en los Términos y Condiciones del Seguro y la normativa legal aplicable.

El importe específico de la prima aplicable a la Póliza de Seguro se detalla en la factura o en las Condiciones Particulares (cuando corresponda).

5. Exclusiones

La Aseguradora no cubre los gastos de los siguientes Tratamientos o Condiciones médicas en virtud de la Póliza de Seguro, salvo que estén explícitamente incluidos en el ámbito de las Prestaciones o en cualquier otra adenda escrita a la Póliza de Seguro.

Residencia de ancianos

La Póliza de Seguro excluye la cobertura de los gastos relacionados con la estancia en el domicilio, así como la Prestación de cuidados no médicos en el domicilio, en una residencia de convalecencia, en una residencia psiquiátrica o en cualquier instalación similar.

Actuar en contra del consejo médico

La Aseguradora no cubre los Tratamientos derivados del hecho de que la Persona asegurada no haya solicitado o seguido el consejo médico, o que haya viajado en contra de las recomendaciones médicas.

Complicaciones causadas por coberturas excluidas

La Aseguradora no cubrirá los gastos ocasionados por complicaciones que se produzcan directamente como consecuencia de una Enfermedad, Lesión corporal o Tratamiento que estén excluidos o que cuenten con una cobertura limitada.

Cirugía estética/plástica

No se reembolsarán los gastos incurridos por cirugía estética o plástica, ni por los Tratamientos asociados.

Programas de desintoxicación, incluidas las terapias

Los programas de desintoxicación, incluidos los Tratamientos para la adicción a las drogas y el alcoholismo, no están cubiertos por la Póliza de Seguro. No obstante, se pagarán las Prestaciones correspondientes a una desintoxicación inicial si la Persona asegurada no puede solicitar el reembolso por otra vía. En el caso de desintoxicación con hospitalización, la Aseguradora únicamente reembolsará los gastos relacionados con los servicios hospitalarios básicos, incluidos el Tratamiento médico y los Medicamentos.

No se cubrirá ningún Tratamiento posterior que sea consecuencia de, o esté directamente relacionado

con, el uso nocivo, peligroso o adictivo de cualquier sustancia, incluidos el alcohol y las drogas.

Trastornos del desarrollo

La Aseguradora no cubre los servicios, terapias, pruebas educativas o formación relacionados con dificultades de aprendizaje o trastornos del desarrollo psicológico. Esto incluye condiciones tales como retrasos en el desarrollo, dificultades escolares, trastornos generalizados, retraso mental, discapacidad perceptiva, daño cerebral no causado por lesiones accidentales o Enfermedades, disfunción cerebral mínima, dislexia o apraxia.

Epidemias, pandemias y brotes de Enfermedades

Los gastos relacionados con el Tratamiento, las evacuaciones médicas y/o las Repatriaciones, ya sean directos o indirectos, que se deriven de epidemias, pandemias o brotes de Enfermedades de magnitud similar que hayan sido controlados por las autoridades sanitarias públicas locales, no serán reembolsados, salvo autorización previa y por escrito de la Aseguradora.

Tratamientos experimentales y en fase de investigación

La Aseguradora no cubrirá ningún Tratamiento ni terapia farmacológica que se considere experimental o que se encuentre en fase de investigación. Un servicio, tecnología, suministro, procedimiento, Tratamiento, Medicamento, dispositivo, instalación, equipo o producto biológico se considera experimental o en fase de investigación cuando no cumple todos los requisitos siguientes:

- Debe contar con una licencia definitiva y la aprobación clara de al menos una de las siguientes entidades: EMA (Agencia Europea de Medicamentos), FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos, fase III completada), Red Europea para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (EUnetHTA). La aprobación provisional no es suficiente. La aprobación solo es válida para las indicaciones y Condiciones médicas correspondientes. En el caso de procedimientos y guías clínicas aprobadas, debe indicarse claramente como tal en una de las siguientes directrices: NICE (Instituto Nacional para

la Salud y la Excelencia Clínica), AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), AHRQ National Guideline (Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica - Centro Nacional de Directrices).

- Todas las aprobaciones y directrices deben ser concluyentes y no deben indicar la necesidad de más investigación, estar en un entorno de investigación, tener pruebas limitada, pruebas insuficientes o carecer de utilidad clínica.

Deportes extremos y actividades de alto riesgo

Los deportes extremos y las actividades de alto riesgo no están cubiertos por la Póliza de Seguro.

Los deportes extremos y las actividades deportivas de alto riesgo abarcan cualquier modalidad deportiva o actividad atlética caracterizada por un elevado nivel de peligro inherente.

Esto incluye aquellas actividades que exigen conocimientos avanzados, un esfuerzo físico extraordinario, equipamiento especializado, la realización de acrobacias peligrosas y actividades en las que la Persona asegurada ha firmado una exención de responsabilidad. Entre ellas se encuentran, las siguientes:

- Rápel, alpinismo (excepto la escalada en rocódromo y las zonas de baja montaña totalmente equipadas para la escalada deportiva) y carreras de cualquier tipo,
- Bobsleigh, luge, skeleton, esquí fuera de pista y snowboard fuera de pista.
- Bungee y salto desde acantilados.
- Deportes de combate,
- Ciclismo de montaña y ciclismo de cross-country,
- Turismo extremo (por ejemplo, expediciones a la Antártida),
- Caza a caballo, salto ecuestre, polo, carreras de obstáculos o cualquier tipo de carreras de caballos,
- Deportes de motocicleta, incluyendo motociclismo y quad,
- Vuelo en ultraligero, vuelo en traje aéreo, vuelo en globo, ala delta, parapente, parasailing y salto en paracaídas,

- Espeleología en solitario o buceo en cuevas, buceo a más de 10 metros, saltos de altura, rafting en aguas bravas y barranquismo,
- Ultramaratones o actividades de naturaleza similar.
- Cualquier otra actividad peligrosa similar en riesgo a las mencionadas anteriormente, como por ejemplo, surfear sobre trenes.

Los servicios de búsqueda y rescate para deportes extremos y actividades de alto riesgo, incluidos, entre otros, el rescate en cuevas, mar y montaña, quedan excluidos de la cobertura prevista en la Póliza de Seguro.

Corrección de la visión

La Aseguradora no proporcionará cobertura para ningún Tratamiento o cirugía destinados a corregir la visión de la Persona asegurada, incluidos procedimientos como la cirugía láser, la queratotomía refractiva (RK) y la queratectomía fotorrefractiva (PRK). No obstante, la cobertura sí aplica cuando la corrección de la visión de la Persona asegurada cuando sea Médicamente necesario (como en casos de cataratas o desprendimiento de retina).

Pruebas genéticas

La Póliza de Seguro no cubre los gastos relacionados con pruebas genéticas, a menos que se mencionen explícitamente como parte de la Modalidad de la Persona asegurada o que la Aseguradora dé su autorización previa y por escrito.

Enfermedades, Accidentes y sus consecuencias causadas por dolo o negligencia grave

La Aseguradora no proporcionará cobertura para las Enfermedades, los Accidentes ni sus consecuencias derivadas de actos intencionados o de negligencia grave. La Aseguradora define una Enfermedad o Accidente como causado intencionadamente o por negligencia grave cuando la persona implicada tenía un conocimiento razonable de las consecuencias de sus actos y aceptó voluntariamente el daño resultante. Esto incluye, entre otros

- lesiones autoinfligidas,
- intentos de suicidio,
- estancias en una institución para la desintoxicación de drogas y

- lesiones causadas en el contexto de actos delictivos.

Lesiones causadas por el servicio militar

La Aseguradora no proporcionará cobertura para Enfermedades, Accidentes ni sus consecuencias que se produzcan mientras la Persona asegurada participe en operaciones militares, servicio militar, disturbios y conmociones civiles.

Necesidad de cuidados y custodia a largo plazo

La Aseguradora no reembolsará ningún gasto relacionado con el alojamiento necesario para la atención y custodia a largo plazo.

Gastos hospitalarios no médicos

La Póliza de Seguro no cubre los gastos ocasionados por cualquier persona que acompañe a la Persona asegurada, ni tampoco cubre los consumibles no médicos, el servicio de catering ni cualquier gasto relacionado con los medios de comunicación (como la televisión y la radio).

Contaminación nuclear, química y biológica

La Aseguradora no ofrece cobertura para Enfermedades, Accidentes ni sus consecuencias cuando sean causadas por energía nuclear (incluidas las reacciones nucleares, las radiaciones o la contaminación). Tampoco proporciona cobertura para las Enfermedades, los Accidentes ni sus consecuencias derivadas del uso de armas químicas o biológicas.

Clases posparto

La Aseguradora no cubrirá las clases posparto destinadas a tratar los efectos físicos del embarazo y el parto.

Deportes profesionales

La Aseguradora no cubre los Tratamientos ni los procedimientos diagnósticos relacionados con lesiones o Enfermedades derivadas de la práctica de Deportes profesionales.

Reasignación de género

La Aseguradora no cubrirá la alteración de las características sexuales biológicas mediante cirugía y Tratamiento hormonal para la transición a las características del sexo opuesto.

Trastornos del sueño

La Aseguradora no reembolsará los gastos derivados de exámenes o los Tratamientos relacionados con los trastornos del sueño, incluido el insomnio. Esto incluye el uso de dispositivos como la CPAP (máquina de presión positiva continua en las vías respiratorias) y la BIPAP (máquina de presión positiva binivel en las vías respiratorias).

Esterilización, disfunción sexual y anticoncepción

La Aseguradora no cubrirá los procedimientos destinados a incapacitar a una persona para la reproducción, ni cualquier procedimiento, Tratamiento o Medicamento destinado a prevenir el embarazo, ni los Tratamientos para la disfunción sexual (salvo que forme parte de un Tratamiento de infertilidad).

Masajes de spa y bienestar

La Aseguradora no cubrirá las estancias ni los Tratamientos realizados en un centro de cura, sanatorio, balneario, centro de salud o centro de recuperación, incluso si están prescritos por un Médico. Esta exclusión incluye igualmente los baños termales, las saunas y los distintos masajes de bienestar.

Gestación subrogada

La Aseguradora no reembolsará los gastos relacionados con Tratamientos directamente vinculados a la gestación subrogada, independientemente de si la Persona asegurada actúa como gestante subrogada o es el progenitor previsto. Asimismo, los hijos nacidos mediante gestión subrogada no están cubiertos por la Póliza de Seguro.

Interrupción del embarazo

La Aseguradora proporcionará cobertura para la interrupción del embarazo cuando exista un peligro para la vida de la mujer embarazada o si el feto no es viable, siempre que la Modalidad contratada incluya el reembolso de las Prestaciones por maternidad. Esta cobertura está sujeta a la autorización previa y por escrito de la Aseguradora. Las condiciones médicas deben acreditarse mediante los informes clínicos correspondientes, incluidos los emitidos por el Médico que detalle los motivos de la interrupción del embarazo.

Tratamiento en sanatorios, centros de convalecencia y residencias de ancianos

La Aseguradora no cubre terapias ni Tratamientos en sanatorios, centros de convalecencia ni residencias de ancianos. Sin embargo, en función del nivel de la Modalidad contratada, la Aseguradora puede reembolsar parcialmente los gastos de Rehabilitación de seguimiento en régimen de hospitalización.

Gastos de transporte

Los gastos de transporte, salvo los servicios de ambulancia de urgencia, no se reembolsarán a menos que exista una autorización previa y por escrito de la Aseguradora.

Tratamiento por parte de determinados Médicos, Dentistas y otros Terapeutas, así como en determinados Hospitales

La Póliza de Seguro no cubre los Tratamientos administrados por Médicos, Dentistas y otros Terapeutas, ni los servicios hospitalarios, cuando la Aseguradora haya rechazado previamente la liquidación de las facturas por motivos justificados.

No obstante, esta exención de la obligación de proporcionar Prestaciones aplica únicamente a los eventos asegurados que se produzcan después de que la Persona asegurada haya sido notificada de la exclusión de la Prestación. Si en el momento de dicha notificación ya se hubiera producido un evento asegurado, la exclusión de Prestaciones por parte de la Aseguradora solo se aplicará a los gastos incurridos 1 (un) mes desde la recepción de la notificación.

Tratamiento por parte de cónyuges o parejas de hecho, padres o hijos

La Aseguradora no reembolsará los gastos si la Persona asegurada recibe Tratamiento de su cónyuge, marido, pareja de hecho, padres o hijos. Sin embargo, el coste debidamente documentado de los materiales necesarios para el Tratamiento será reembolsable, de acuerdo con la Modalidad contratada.

Actos ilícitos y comportamientos peligrosos

La Aseguradora no cubrirá ninguna Enfermedad, Accidente ni sus consecuencia derivada de actos ilegales. Esto incluye, entre otros:

- Actividades realizadas en contravención de advertencias o prohibiciones explícitas emitidas por profesionales Médicos, autoridades de salud pública u organismos encargados de hacer cumplir la ley.
- Consecuencias derivadas de embriaguez y/o intoxicación,
- Disturbios y medidas adoptadas para combatirlos, salvo que el Tomador del seguro y/o la Persona asegurada demuestren que esta última no participó activamente en ellos.
- Peleas y/o discusiones acaloradas, salvo en caso de legítima defensa (lo cual deberá acreditarse mediante un informe emitido por las autoridades), y
- Apuestas y/o desafíos.

Vitaminas y minerales

La Aseguradora no reembolsará los gastos de artículos clasificados como vitaminas o minerales, salvo cuando sean Médicamente necesarios durante el embarazo o para el Tratamiento de síndromes de deficiencia vitamínica diagnosticados y clínicamente significativos.

Esta exclusión también se aplica a los Suplementos dietéticos, incluidas las fórmulas infantiles especiales y los productos cosméticos, aún cuando se recomiendan por motivos médicos, se prescriban o se reconozcan por sus efectos terapéuticos.

Asimismo, productos tales como nutrientes, tónicos, agua mineral, cosméticos, productos de higiene y cuidado corporal, y aditivos para el baño no se

consideran Médicamente necesarios, y los gastos incurridos por su adquisición no serán reembolsados.

Guerra, disturbios civiles, actos de terrorismo

La Póliza de Seguro no cubre Enfermedades, Accidentes ni sus consecuencias, así como la muerte, atribuibles a actos de guerra, disturbios civiles o actos de terrorismo, salvo cuando la Persona asegurada resulte herida como un tercero no implicado, y siempre que no haya ignorado deliberada o negligentemente el peligro, ni la Persona asegurada haya entrado voluntariamente en la zona de conflicto.

En ningún caso se concederá la cobertura del seguro si la Persona asegurada accede a una zona de guerra activa o presta servicios a cualquiera de las partes beligerantes. Esta exclusión de las Prestaciones se aplicará independientemente de que la guerra haya sido o no declarada. Si la Persona asegurada tiene conocimiento de la existencia de guerra, disturbios civiles o actos de terrorismo mientras se encuentra en el país afectado, la Póliza de Seguro únicamente cubrirá Tratamientos de Emergencia y de carácter vital, y solo mientras la Persona asegurada se vea impedida a abandonar el país o la región en cuestión, pero durante un periodo máximo de 28 (veintiocho) días.

Otras limitaciones para el pago de las prestaciones

Si el Tratamiento u otra medida acordada excede lo que es Médicamente necesario, o si el importe reclamado no se encuentra dentro del rango Habitual, acostumbrado y razonable, la Aseguradora se reserva el derecho de reducir el pago o reembolso. La Persona asegurada será responsable de cualquier gasto que no se ajuste a los estándares Habituales, acostumbrados y razonables, dado que la Aseguradora no cubre importes que superen este umbral. La Aseguradora se reserva el derecho de evaluar cualquier gasto o presupuesto, con el apoyo de profesionales Médicos, a fin de determinar su conformidad con los estándares Habituales, acostumbrados y razonables.

Si la Persona asegurada puede solicitar Prestaciones a un fondo de seguro médico obligatorio o a cualquier otro proveedor, la Aseguradora solo reembolsará los gastos que continúen siendo necesarios tras la aplicación de dichas Prestaciones. No se cubren las complicaciones derivadas de condiciones excluidas.

6. Glosario

Este Glosario debe leerse junto con el Glosario incluido en las Condiciones Generales.

Acupuntura

La Acupuntura es un método de la medicina tradicional china antigua que cura Enfermedades y Lesiones corporales o reduce el dolor con la ayuda de agujas finas que se colocan en el cuerpo. La Medicina convencional lo reconoce principalmente como un método para aliviar el dolor.

Área geográfica

Las siguientes Áreas geográficas a las que puede aplicarse la cobertura del seguro proporcionada en virtud de la Póliza de Seguro:

Área geográfica I: Todo el mundo, incluidos los Estados Unidos de América

Área geográfica II: Todo el mundo, excepto los Estados Unidos de América.

Condiciones congénitas

Cualquier Enfermedad, anomalía, defecto congénito, parto prematuro o malformación presente al nacer, incluida cualquier condición relacionada, haya sido diagnosticada o no.

Condiciones preexistentes

Las Condiciones preexistentes se refieren a cualquier Condición médica, Enfermedad, Lesión corporal o sus consecuencias que el Tomador del seguro o cualquier Persona asegurada conociera o por las que hubiera recibido asesoramiento médico, diagnóstico o Tratamiento antes de firmar la Solicitud de Seguro de Salud.

Esto incluye:

- i. Cualquier condición por la que la Persona asegurada se haya sometido a pruebas diagnósticas (incluidos exámenes preventivos o chequeos médicos rutinarios) que dieron lugar a resultados anormales, independientemente de que se haya realizado un diagnóstico formal.
- ii. Cualquier signo o síntoma, diagnosticado o no, así como cualquier anomalía física u orgánica, anomalías congénitas, discapacidades o deformidades.

- iii. La presencia de cualquier dispositivo médico, como implantes, stents, prótesis o cualquier otro dispositivos fijados de forma permanente o temporal al cuerpo.

Además, cualquier Enfermedad, lesión o Condición médica que surja entre la fecha de firma de la Solicitud de Seguro de Salud y la fecha de firma de las Condiciones Particulares también se considerará una Condición preexistente.

Condición médica

Cualquier Enfermedad, dolencia, lesión o anomalía física, mental o psicológica, así como embarazos.

Copago

Un Copago es la parte del coste de un servicio médico cubierto que debe asumir la Persona asegurada, calculada como un porcentaje del gasto total reembolsable por cada Siniestro hasta el Gasto máximo de bolsillo, si corresponde. El importe restante es abonado por la Aseguradora, de conformidad con los Términos y Condiciones del Seguro.

Cáncer

Término general utilizado para referirse a todas las Enfermedades malignas causadas por la multiplicación descontrolada de células mutadas (nuevos crecimientos o tumores). Estas células pueden destruir el tejido circundante y producir metástasis (crecimientos secundarios).

Dentista

Médico o profesional que se especializa en Enfermedades de los dientes y la boca.

Deportes profesionales

Cualquier deporte por el que la Persona asegurada reciba una remuneración por participar en él.

Diálisis

La Diálisis se utiliza principalmente para proporcionar un sustituto artificial de la función renal perdida (terapia de sustitución renal) debido a una insuficiencia renal. La Diálisis puede utilizarse para la pérdida repentina pero temporal de la función renal (insuficiencia renal aguda) o para personas que han perdido permanentemente su función renal (Enfermedad renal en fase terminal). La Diálisis se realiza en unidades de Diálisis que forman parte de Hospitales y clínicas o en el domicilio.

Franquicia

El efecto de una Franquicia es que la Persona asegurada asume una parte determinada de los costos del Tratamiento. La Franquicia representa el importe que deben asumir las Personas aseguradas, hasta el límite acordado. Cuando se haya establecido una Franquicia, esta quedará reflejada en la Póliza de Seguro.

Gasto máximo de bolsillo

El Gasto máximo de bolsillo es la suma máxima acumulada que la Persona asegurada debe pagar en forma de Copagos por Gastos reembolsables durante un Año de seguro. Una vez alcanzado este umbral, el importe restante será cubierto por la Aseguradora, de conformidad con los Términos y Condiciones del Seguro.

Gastos reembolsables

Los gastos incurridos por servicios de atención médica, Tratamientos y procedimientos Medicamente necesarios que están cubiertos por los Términos y Condiciones del Seguro. Estos gastos suelen incluir hospitalización, consultas médicas, pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, Medicamentos prescritos y otras intervenciones médicas aprobadas. Para que dichos gastos sean reembolsables, los servicios deben ser prestados por Profesionales sanitarios titulados o centros médicos acreditados, y deben cumplir las directrices de cobertura de la Póliza de Seguro, incluidas las exclusiones y los periodos de carencia o requisitos de autorización previa que resulten aplicables.

Glosario

El presente Glosario de términos definidos forma parte integrante de las Condiciones Especiales.

Habitual, acostumbrado y razonable

Los gastos Habituales, costumbres y razonables se refieren a la tarifa media cobrada por profesionales médicos autorizados por un servicio médico específico dentro de una zona geográfica definida (por ejemplo, una ciudad o país). Esta determinación se basa en la lista de tarifas o bases de datos de acceso público mantenidas por autoridades sanitarias reconocidas, así como en referencias del sector asegurador.

Hidroterapia

La Hidroterapia es el Tratamiento específico mediante la aplicación externa de agua.

Homeopatía

Un homeópata parte de la premisa de que una Enfermedad que produce determinados síntomas puede curarse con remedios que producen síntomas similares en personas sanas.

Hospitalización diurna

La Hospitalización diurna se refiere al Tratamiento recibido en el Hospital sin pernoctación. La duración de la estancia en el Hospital es de entre 8 (ocho) y 24 (veinticuatro) horas.

Implantes

Implantes dentales (de metal o cerámica) que se insertan como sustituto de la raíz de un diente o en la mandíbula desdentada.

Indemnización diaria sustitutiva por hospitalización

Si la Persona asegurada no solicita ninguna Prestación a la Aseguradora por una hospitalización Medicamente necesaria cubierta por la Póliza de Seguro, la Aseguradora abonará una Indemnización diaria sustitutiva por hospitalización por cada día de ingreso efectivamente transcurrido para recibir la hospitalización médicamente recomendada. Esto se ajusta al nivel de la Modalidad contratada.

Inicio del Tratamiento

La fecha en la que comienza un Tratamiento médico, prescrito y administrado por una Autoridad médica tras una Enfermedad o Lesión corporal.

Límite máximo de cobertura ambulatoria

La suma máxima que la Aseguradora reembolsará por el conjunto de todas las Prestaciones ambulatorias por Persona asegurada y por Año de Seguro, de acuerdo con la Modalidad de Seguro contratada y según se especifica en el ámbito de las coberturas.

Límite total anual

La suma máxima que se pagará por todas las Prestaciones en total para cada Persona asegurada, por cada Año de seguro.

Medicina convencional

La forma de medicina basada en métodos científicos aceptados que se enseñan en las universidades y, por lo tanto, son generalmente reconocidos y utilizados.

Medicina paliativa

La Medicina paliativa es el Tratamiento extenso y activo de pacientes con una esperanza de vida limitada para los que ya no es posible una terapia curativa en su estado. Este tipo de Tratamiento proporciona la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.

Medidas profilácticas

Medidas preventivas que incluyen medidas individuales y generales para evitar la amenaza de Enfermedades (por ejemplo, vacunas, inmunización pasiva, medicación preventiva cuando se viaja a zonas peligrosas, prevención de Accidentes, etc.).

Osteopatía

El enfoque osteopático de la medicina incluye diagnósticos manuales exhaustivos y terapias para el mal funcionamiento del sistema musculoesquelético, los órganos internos y el sistema nervioso del cuerpo. Se utiliza principalmente en el dolor crónico de la columna vertebral y las articulaciones periféricas.

País de origen

El país del que la Persona asegurada es ciudadano o nacional, o en el que tiene su residencia habitual o permanente, o al que serán enviados sus restos mortales en caso de fallecimiento.

País de salida

El último país en el que la Persona asegurada tenía su residencia habitual.

Periodo de vigencia

El Período de vigencia de la Póliza de Seguro es el intervalo de tiempo durante el cual se concede la cobertura prevista en la Póliza de Seguro contratada por el Tomador del seguro para las Personas aseguradas en la Solicitud de Seguro de Salud.

Profesional sanitario

Persona que, además de los Médicos, dispone de una formación reconocida y sólida en su área de Tratamiento y está autorizada para ejercer dicha especialidad en el país en el que se va a proporcionar el Tratamiento. Se consideran Profesionales sanitarios, entre otros, los naturópatas, logopedas y comadronas, así como profesionales independientes que ejercen profesiones sanitarias auxiliares reconocidas por el Estado (por ejemplo, masajistas, auxiliares médicos y fisioterapeutas). Las Personas aseguradas son libres de elegir un profesional que cumpla estos criterios.

Quiropráctica

Sistema de diagnóstico y Tratamiento basado en la idea de que el sistema nervioso coordina todas las funciones del cuerpo y que las Enfermedades son el resultado de una alteración de la función nerviosa normal. El quiropráctico utiliza la manipulación para modificar estructuras corporales, como la columna vertebral, con el fin de aliviar la presión sobre los nervios que provienen de la médula espinal causada por el desplazamiento de una vértebra.

Rehabilitación de seguimiento en régimen de hospitalización

Tratamiento médico destinado a recuperar el estado de salud inicial tras una Enfermedad o una cirugía grave, por ejemplo, tras una cirugía de bypass, un infarto de miocardio, un trasplante o una cirugía que afecte a huesos o articulaciones mayores, o tras un Accidente grave.

Repatriación

Si el Tratamiento médico necesario para el que está cubierta la Persona asegurada no está disponible a nivel local, la Aseguradora cubre el regreso al País de origen para recibir Tratamiento, en lugar del centro médico adecuado más cercano. Esto solo se aplica cuando el País de origen se encuentra dentro del Área geográfica de cobertura de la Persona asegurada.

Residencia para enfermos terminales

Institución cuyo único objetivo es atender a pacientes con una esperanza de vida limitada para los que ya no existe tratamiento curativo. Su objetivo es ofrecer la mejor calidad de vida posible mediante cuidados paliativos.

Resonancia magnética (RM)

Técnica diagnóstica en la que se utilizan ondas de radio generadas en un campo magnético intenso para obtener imágenes de los tejidos y órganos del cuerpo.

Segunda opinión

El asesoramiento médico proporcionado por un segundo Médico independiente que no participa en el Tratamiento. La Persona asegurada también puede consultar a un segundo Médico para una Segunda opinión médica a través del Centro de servicio correspondiente cuando se trate de Enfermedades potencialmente mortales o discapacidades permanentes graves.

Suplementos nutricionales y/o dietéticos

Productos utilizados para aumentar el contenido nutricional de la dieta, incluyendo vitaminas, minerales, hierbas, suplementos alimenticios, productos de nutrición deportiva y suplementos alimenticios naturales.

Terapeuta

Un Médico, pero también cualquier persona que haya recibido una formación sólida y acreditada en su campo y que esté licenciada o autorizada para proporcionar Tratamiento en el país en que dicho Tratamiento se preste. Esto incluye a los profesionales de la medicina complementaria, logopedas, comadronas y enfermeras obstétricas, así como a los miembros de profesiones sanitarias auxiliares reconocidas por el Estado, que ejerzan de manera independiente, como masajistas médicos y fisioterapeutas. La Persona asegurada puede elegir cualquier Terapeuta que cumpla estos requisitos.

Tomografía computarizada (TC)

La Tomografía computarizada (TC) es un procedimiento de diagnóstico que utiliza un equipo especial de rayos X para obtener imágenes transversales del cuerpo. El ordenador de TC muestra estas imágenes como imágenes tridimensionales detalladas de órganos, huesos y otros tejidos. Este procedimiento también se denomina escáner de TC, Tomografía computarizada o tomografía axial computarizada (TAC).

Tomografía por emisión de positrones (PET)

Proceso de obtención de imágenes no invasivo basado en la detección y obtención de imágenes de una sustancia con emisores de positrones que se distribuye por el interior del cuerpo del paciente. A continuación, se puede cuantificar la concentración de estos «marcadores» en un tumor, la sustancia se inyecta por vía intravenosa y la radiación se detecta con detectores externos. Con la ayuda de la PET se pueden visualizar importantes procesos biológicos en los tumores.

Tratamiento ambulatorio

Cualquier Tratamiento administrado por un profesional médico cualificado y autorizado que no requiera pernoctación (incluidas estancias hospitalarias de menos de 8 (ocho) horas).

Tratamiento en sanatorio

Una cura o Tratamiento diferente del Tratamiento médico que sirve para rehabilitar el estado de salud o la condición física de una persona.

Foyer Global Health S.A.**Domicilio social**

L-3372 Leudelange
12, rue Léon Laval
Luxembourg

Teléfono: +352 270 444 3500

Correo electrónico: policy@globalhealth.insurance

Internet: <https://globalhealth.insurance>

Registro Mercantil (R.C.S. Luxembourg): B 134.471

VAT: LU22284578