



Journey

Condiciones Especiales

Aplicable a la Modalidad Short

Índice

1. Cobertura del seguro.....	3
1.1 Alcance de cobertura.....	3
1.2 Asegurabilidad.....	3
1.3 Condiciones preexistentes.....	3
1.4 Período de carencia.....	3
2. Ámbito geográfico.....	4
2.1 Área geográfica.....	4
2.2 Cobertura temporal para el Área geográfica I.....	4
2.3 Doble indemnización para el Área Geográfica I.....	4
2.4 Periodo de vigencia de la póliza.....	4
2.5 Ampliación del Período de vigencia de la póliza.....	4
2.6 Fin de la cobertura del seguro.....	5
2.7 Cobertura temporal para el País de origen.....	5
2.8 Regreso permanente al País de origen.....	5
3. Prestaciones.....	6
3.1 Información general.....	6
3.2 Evento asegurado.....	6
3.3 Franquicias y Copago.....	6
3.4 Criterios para el acceso a las Prestaciones.....	6
3.5 Límite total por Período de vigencia de la póliza.....	7
3.6 Resumen de cobertura: cobertura de hospitalización.....	7
3.7 Resumen de cobertura: cobertura ambulatoria.....	8
3.8 Resumen de cobertura: cobertura de servicios asistenciales.....	8
3.9 Resumen de cobertura: cobertura de servicios adicionales.....	9
4. Descripción de las coberturas.....	10
4.1 Prestaciones de hospitalización.....	10
4.2 Prestaciones ambulatorias.....	12
4.3 Prestaciones de servicios asistenciales.....	12
4.4 Prestaciones de servicios adicionales.....	15
5. Exclusiones.....	16
6. Glosario.....	22

1. Cobertura del seguro

Condiciones Especiales: Base contractual

1.1 Alcance de cobertura

Los términos que aparecen en mayúsculas en este documento, salvo que se definan explícitamente de otro modo, tendrán el significado que se les atribuye 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 del Seguro. 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 personas que viven, viajan o trabajan fuera de su País de origen de forma temporal. 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. La cobertura del seguro se concede por un máximo de 3 (tres), 6 (seis) o 9 (nueve) meses, con un período acumulativo máximo de 9 (nueve) meses en total. Todos los límites son

por Persona asegurada y por Período de Seguro. Las sumas máximas de las Prestaciones se establecen por «Período de seguro».

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 reglamentos 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

La Aseguradora no cubre las Condiciones preexistentes, incluidas las Condiciones congénitas.

Por «Condición preexistente» se entiende cualquier condición.

- (a) Por la cual la Persona asegurada haya presentado signos o síntomas, o haya recibido asesoramiento médico, Tratamiento, diagnóstico, consulta o Medicamentos prescritos en los dos (2) años anteriores a la Fecha de entrada en vigor de la Póliza de Seguro; o
- (b) Por la cual un Médico o profesional sanitario recomendó asesoramiento médico o Tratamiento en los dos (2) años anteriores a la Fecha de entrada en vigor de la póliza.

1.4 Período de carencia

No hay períodos de carencia.

2. Ámbito geográfico

2.1 Área geográfica

La cobertura del seguro se aplica a los eventos asegurados que se produzcan en las siguientes áreas:

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 los Estados Unidos de América, la Aseguradora continuará cubriendo las Emergencias médicas, los Accidentes y fallecimientos que se produzcan dentro del Área geográfica I: Todo el mundo, incluidos los Estados Unidos de América, para viajes de hasta 3 (tres) semanas de duración.

Si se produce un evento asegurado dentro de ese período de 3 (tres) 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 una 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 indicadas en los apartados 3.5, 3.6 y 3.7 (independientemente de si el Tratamiento se lleva a cabo en los Estados Unidos de América o no). Si una Prestación está limitada a un número determinado de días o sesiones, este límite no cambiará. Si la Aseguradora ha acordado un Copago, este no cambiará.

2.4 Periodo de vigencia de la póliza

El Período de vigencia de la Póliza de Seguro comienza en la Fecha de entrada en vigor y se extiende hasta la fecha de finalización del seguro indicada en el Certificado de Seguro.

El Período de vigencia de la Póliza de Seguro para las Personas aseguradas que se incorporen con posterioridad comenzará en la fecha indicada en su Certificado de Seguro y finalizará en la fecha de vencimiento del seguro (véase también el apartado 2.6).

2.5 Ampliación del Período de vigencia de la póliza

La Aseguradora podrá aceptar la ampliación del Período de vigencia de la Póliza de Seguro antes de su fecha de finalización. Únicamente se permitirá 1 (una) prórroga del Período de vigencia de la póliza. La cobertura podrá ampliarse por un periodo máximo de 3 (tres), 6 (seis) o 9 (nueve) meses, hasta un límite acumulado máximo de 9 (nueve) meses. La Aseguradora se reserva el derecho de aplicar modificaciones a las condiciones de la Póliza de Seguro para el nuevo Período de vigencia de la Póliza de Seguro que comience tras la fecha de finalización indicada en el Certificado de Seguro.

Se deberá informar a la Aseguradora, al menos 4 (cuatro) semanas antes de la fecha de finalización del período de vigencia inicial de la póliza, de cualquier solicitud de prórroga del Período de vigencia de la Póliza de Seguro y de cualquier cambio en las circunstancias de la Persona asegurada.

Cualquier cambio acordado en la cobertura del seguro se aplicará a partir del inicio del siguiente Período de vigencia de la póliza.

2.6 Fin de la cobertura del seguro

Además de los motivos de rescisión de la Póliza de Seguro detallados en las Condiciones Generales, la cobertura y la Póliza de Seguro cesarán al alcanzar el período máximo de vigencia de la Póliza de Seguro de 9 (nueve) meses. La cobertura a corto plazo ofrecida por esta Póliza de Seguro no está sujeta a renovación automática.

2.7 Cobertura temporal para el País de origen

Si una Persona asegurada se encuentra temporalmente fuera del País de residencia, la Aseguradora concederá cobertura para Emergencias médicas y para las consecuencias de un Accidente, también en el País de origen, durante viajes de hasta un máximo acumulado de 30 (treinta) días entre dos estancias en el País de residencia de las Personas aseguradas.

La Aseguradora no cubrirá ningún gasto médico con el fin de recibir Tratamiento en el País de origen.

2.8 Regreso permanente al País de origen

Cuando la Persona asegurada regrese de forma permanente al País de origen y, en consecuencia, finalice su estancia en el extranjero, deberá notificar a la Aseguradora la fecha exacta de su traslado al País de origen, tan pronto como tenga conocimiento de ella, a más tardar el mismo día del regreso. Si la Persona asegurada no informa a la Aseguradora de su traslado, esta no podrá garantizar la cobertura y podrá rescindir la Póliza de Seguro de conformidad con los Términos y Condiciones del Seguro. Las primas del seguro ya abonadas por el Período de vigencia de la Póliza de Seguro transcurrido no son reembolsables.

3. Prestaciones

3.1 Información general

El nivel de la Modalidad, seleccionada por el Tomador del seguro, 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 por Período de vigencia de la Póliza de Seguro 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, incluidas las consecuencias de un Accidente, u otros eventos especificados en las Condiciones Especiales del Seguro (consulte los apartados 3.5-3.9: Resumen de cobertura).

El inicio del evento asegurado se marca con el Inicio del Tratamiento 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 3.9 - Resumen de cobertura) no relacionados con el evento asegurado original, será considerada como un nuevo evento independiente.

3.3 Franquicias y Copago

Franquicias

No hay Franquicias.

Copago

El Copago es el porcentaje de los costes del Tratamiento que debe aportar la Persona asegurada. La Aseguradora ha establecido un Copago fijo del 20% para el Tratamiento ambulatorio.

Los Copagos se aplican sobre la base de Período de vigencia de la Póliza de Seguro para cada Persona asegurada. Los gastos se asignan al Período de vigencia de la Póliza de Seguro durante el cual se consultó al Médico o Terapeuta y se proporcionaron los Medicamentos y Vendajes.

3.4 Criterios para el acceso a las Prestaciones

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

La Aseguradora reembolsará únicamente los gastos de Tratamientos Médicamente necesarios dentro del ámbito de la práctica médica. 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 Área geográfica, que ofrezcan Tratamientos comparables para Enfermedad 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 incurren 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 (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 donde se realiza el Tratamiento.

Los servicios odontológicos como las dentaduras postizas, los implantes, la cirugía dental y el Tratamientos de ortodoncia, incluso cuando los realiza un Médico en un Hospital, no se consideran parte de una hospitalización o Tratamiento ambulatorio y no están cubiertos por esta Póliza de Seguro.

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 cuya eficacia esté demostrada en la práctica o se utilicen debido a la falta de alternativas convencionales 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 por Período de vigencia de la póliza

	Short
Coberturas	
Límite total por Período de vigencia de la póliza	500 000 EUR / 650 000 USD / 420 000 GBP / 465 000 CHF

3.6 Resumen de cobertura: cobertura de hospitalización

	Short
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, incluyendo 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
Tratamiento del Cáncer, Medicamentos y Tratamientos oncológicos, incluida la cirugía reconstructiva para el Cáncer de mama	✓
Alojamiento de uno de los padres en caso de hospitalización de un hijo menor de edad	✓
Rehabilitación de seguimiento en régimen de hospitalización	✓ Hasta 14 días, previa autorización por escrito
Hospitalización diurna	✓
Transporte al Hospital adecuado más cercano para recibir Tratamiento inicial tras un Accidente o una Emergencia	✓

Los importes máximos y los periodos máximos especificados se aplican por Persona asegurada y por Período de vigencia de la póliza.

3.7 Resumen de cobertura: cobertura ambulatoria

	Short
Prestaciones ambulatorias	
Límite máximo de cobertura ambulatoria	2000 EUR / 2600 USD / 1680 GBP / 1860 CHF
Consultas y servicios de diagnóstico, incluyendo patología, radiología, Tomografía computarizada (TC), Resonancia magnética (RM), Tomografía por emisión de positrones (PET) y Medicina paliativa	✓ 80 %*
Tratamiento del Cáncer; Medicamentos y Tratamientos oncológicos	✓ Hasta 10 000 EUR / 13 000 USD / 8400 GBP / 9300 CHF
Medicamentos y Vendajes	✓ 80 %*
Transporte al Médico u Hospital más cercano adecuado para recibir Tratamiento inicial tras un Accidente o una Emergencia	✓

Las sumas máximas y los periodos máximos especificados se aplican por Persona asegurada y por Período de vigencia de la póliza.

*Se aplica el Límite máximo de cobertura ambulatoria

3.8 Resumen de cobertura: cobertura de servicios asistenciales

	Short
Prestaciones de servicios asistenciales	
Servicio telefónico y por correo electrónico las 24 horas con asesores experimentados, Médicos y especialistas concertados	✓
Evacuación y Repatriación médicas	✓
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
Asistencia médica adicional adecuada (información sobre la naturaleza, las posibles causas y el posible Tratamiento de una Enfermedad)	✓
Servicios en línea	✓

Los importes máximos y los periodos máximos especificados se aplican por Persona asegurada y por Período de vigencia de la póliza.

3.9 Resumen de cobertura: cobertura de servicios adicionales

	Short
Prestaciones de servicios adicionales	
Telemedicina	✓

4. Descripción de las coberturas

4.1 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 en el país donde se someta al Tratamiento, durante un período mínimo de 24 (veinticuatro) 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 Medicamente 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 dobles 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 privado o ducha 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 el Tratamiento antes o en un plazo de tres (3) días naturales desde el 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 Medicamente 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 Medicamente 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 y Vendajes deben ser prescritos por un Médico o Dentista del Hospital y estar directamente relacionados 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 los 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 requeridas.

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, tales como marcapasos cardíacos. Estos aparatos deben colocarse o ajustarse durante la hospitalización y deben permanecer en el cuerpo de la Persona asegurada.

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

Tratamiento del Cáncer, Medicamentos y Tratamientos oncológicos, incluida la cirugía reconstructiva para el Cáncer de mama

En el ámbito de la hospitalización, la Póliza de Seguro incluye la cobertura de los Gastos reembolsable 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.

Alojamiento de unos 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.

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 de miocardio, 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 dos (2) 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.**

Hospitalización diurna

La Póliza de Seguro cubre el Tratamiento recibido en un Hospital que no requiere pernoctación. Asimismo, cubre la hospitalización parcial que consiste en acudir a una clínica o 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 24 (veinticuatro) 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.

4.2 Prestaciones ambulatorias

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

Límite máximo de cobertura ambulatoria

Las Prestaciones 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.

Tratamiento del Cáncer, Medicamentos y Tratamientos 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.

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 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 como Tratamiento médico cubierto en virtud de la Póliza de Seguro.

Transporte al Hospital o Médico 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.

4.3 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. La Aseguradora ofrece una amplia gama de servicios, como parte de la cobertura del seguro de salud, para proporcionar apoyo durante la estancia en el extranjero (solo para las condiciones cubiertas).

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.

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 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 la atención médica hospitalaria o las normas de higiene en el Hospital local se consideran inadecuadas. El servicio también incluye los gastos de acompañamiento médico 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 es 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, especialistas hospitalarios, Hospitales y centros médicos especializados 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.

Estos trámites incluyen la revisión médica de las facturas para verificar que se ajustan a los estándares Habituales, acostumbradas 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. acompañaba al miembro 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 Persona 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.

4.4 Prestaciones de servicios adicionales

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 la plataforma iOS como en la plataforma 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 consulta telefónica, consulta 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.

5. Exclusiones

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

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.

Trasplantes de médula ósea y órganos

La Aseguradora no reembolsará los gastos del Tratamiento de trasplantes de médula ósea u órganos (como corazón, riñón, hígado o páncreas).

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 los Tratamientos asociados.

Tratamiento odontológico

La Aseguradora no reembolsará los gastos relacionados con la atención o Tratamiento odontológico, incluidos, entre otros, las revisiones dentales rutinarias, las limpiezas, los empastes, extracciones, endodoncias, procedimientos de ortodoncia (por ejemplo, aparatos dentales), prótesis (por ejemplo, dentaduras postizas, coronas, puentes), odontología cosmética o cualquier procedimiento quirúrgico relacionado con los dientes o las encías.

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 reclamar un reembolso por otra vía. En el caso de una 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.

Diálisis

La Aseguradora no reembolsará los gastos de Diálisis, incluidos los Medicamentos esenciales y todos los costes asociados.

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 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 directrices 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), Directriz Nacional de la AHRQ (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 limitadas, 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 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, viajes 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, también 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 se aplica a la corrección de la visión de la Persona asegurada cuando sea médicamente necesario (por ejemplo, cataratas o desprendimiento de retina).

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.

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 aprobación previa y por escrito.

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

La Aseguradora no proporcionará cobertura para las Enfermedades, Accidentes ni sus consecuencias derivadas de actos intencionados 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.

Tratamiento de infertilidad

La Aseguradora no reembolsará los gastos relacionados con diagnósticos y Tratamientos vinculados al Tratamiento de infertilidad. Esto incluye medidas destinadas a prevenir futuros abortos espontáneos, las investigaciones sobre sus causas, así como cualquier forma de reproducción asistida y las complicaciones asociadas.

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.

Atención de maternidad y parto

La Aseguradora no reembolsará los gastos relacionados con el parto, el embarazo o cualquier Enfermedad asociada con el embarazo, incluidas las complicaciones del parto, del embarazo o de las enfermedades relacionadas con el embarazo.

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 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 Enfermedades, Accidentes y sus consecuencias derivadas del uso de armas químicas o biológicas.

Residencias 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.

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.

Tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico

La Aseguradora no reembolsará los gastos derivados de Tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos, ni de cualquier otro Tratamiento relacionado con la salud mental, ya sea en régimen de hospitalización o en Tratamiento ambulatorio. Esto incluye, entre otros, consultas con psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas o consejeros, así como cualquier Medicamento o terapia recetada relacionada con trastornos mentales, emocionales o conductuales.

Revisiones médicas rutinarias

La Aseguradora no reembolsará los gastos derivados por revisiones médicas rutinarias que incluyan exámenes o pruebas de detección realizadas en ausencia de síntomas clínicos.

Trastornos del sueño

La Aseguradora no reembolsará los gastos derivados de exámenes o 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).

Masajes de spa y bienestar

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

Esterilización, disfunción sexual y anticoncepción

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

Gestación subrogada

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

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 en sanatorios, centros de convalecencia y residencias de ancianos

La Aseguradora no cubre terapias ni Tratamientos en sanatorios, centros de convalecencia y 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.

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, así como 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 exención de Prestaciones por parte de la Aseguradora solo se aplicará a los gastos incurridos (1) 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 no matrimonial, 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 consecuencias derivadas 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, a menos que el Tomador del seguro y/o la Persona asegurada demuestre 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.

Vacunas e inmunización

La Aseguradora no reembolsará los gastos derivados de vacunas ni medidas profilácticas, independientemente de si dichas medidas sean recomendadas para el País de residencia de la Persona asegurada.

Ayudas ópticas

La Aseguradora no reembolsará los gastos derivados de gafas, monturas y lentes, incluidas las lentes de contacto.

Vitaminas y minerales

La Aseguradora no reembolsará los gastos de artículos clasificados como vitaminas o minerales,

salvo que 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 deliberadamente 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 se la guerra haya sido o no declarada. Si la Persona asegurada tiene conocimiento de la existencia de guerra, los disturbios civiles o los actos terroristas 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 de abandonar el país o la región en cuestión, pero durante un periodo máximo de 28 (veintiocho) días.

Otras limitaciones al pago de las Prestaciones

Si el Tratamiento u otra medida acordada excede lo que es Médicamente necesario o 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 coste 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 para determinar su conformidad con los estándares Habituales, acostumbrados y razonables.

Si la Persona asegurada puede reclamar Prestaciones a un fondo de seguro médico obligatorio o a cualquier otro proveedor, la Aseguradora solo reembolsará los gastos que continúen siendo Médicamente 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.

Área geográfica

Las siguientes Áreas geográficas a las que se 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 dieran 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, anomalía congénitas, discapacidades o deformidades.
- iii. La presencia de cualquier dispositivo médico, como implantes, stents, prótesis o cualquier otro dispositivo fijado 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.

Las Condiciones preexistentes no están cubiertas por la Póliza de seguro.

Condición médica

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

Copago

El Copago es la parte del coste de un servicio médico cubierto que debe asumir la Persona asegurada, calculada como porcentaje del gasto total reembolsable por cada Siniestro. 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.

Franquicia

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

Gastos reembolsables

Los gastos incurridos por servicios de atención médica, Tratamientos y procedimientos Médicamente 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, acostumbrados y razonables se refieren a la tarifa media cobrada por los profesionales médicos autorizados por un servicio médico específico dentro de una región geográfica definida (por ejemplo, una ciudad o un 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.

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.

Imágenes por resonancia magnética (IRM)

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

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 total de todas las Prestaciones ambulatorias por Persona asegurada y por período de seguro para una Modalidad de seguro específico.

Límite total por Período de vigencia de la póliza

El máximo que se pagará por todas las Prestaciones en total para cada Persona asegurada, por cada Período de vigencia de la Póliza de Seguro.

Medicina convencional

La forma de medicina basada en métodos científicos aceptados, enseñados en universidades y 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.

País de origen

El país del que la Persona Asegurada es ciudadano o nacional.

País de salida

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

Periodo de seguro

Periodo de 3 (tres), 6 (seis) o 9 (nueve) meses que comienza en la Fecha de entrada en vigor de la Póliza de Seguro.

Periodo de vigencia de la póliza

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

Una 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 y auxiliares médicos, fisioterapeutas). Las Personas aseguradas son libres de elegir un profesional que cumpla estos criterios.

Rehabilitación de seguimiento en regimen 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 la Persona asegurada está cubierta no está disponible a nivel local, la Aseguradora cubre el regreso al País de origen para recibir Tratamiento, en lugar de al 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.

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 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 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 sanitario cualificado y autorizado que no requiera pernoctación (incluidas las estancias hospitalarias de menos de 8 (ocho) horas).

Tratamiento en sanatorio

Una cura o Tratamiento diferente de un 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