



ALLIANZ SEGUROS

Allianz salud

Cómo funciona tu seguro de salud más completo

Estas son las condiciones de tu Contrato de Seguro. Es muy importante que las leas atentamente y verifiques que tus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder informarte y dar cobertura a todas tus necesidades de previsión y aseguramiento.

Allianz Seguros

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, a la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, al Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, a la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, al Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de Transposición de la Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de Enero de 2016, sobre la distribución de seguros; y a las modificaciones y adaptaciones de la mismas que se produzcan y a sus disposiciones reglamentarias así como a cualquier otra legislación que le sea de aplicación durante su vigencia.

La póliza de seguro está compuesta por las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales; y ha sido redactada de forma clara y precisa a fin de facilitar su comprensión.

Asegurador

ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., con domicilio social en c/ Ramírez de Arellano, 35 (28043) de Madrid, España. Entidad aseguradora supervisada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.

Centro de Atención al Cliente Allianz

Ante cualquier duda, ¡ponte en contacto con nosotros!

Centro de Atención al Cliente Allianz para consultas y cuestiones administrativas	900 300 186 Lunes a jueves 9h-19h; Viernes 9h-18h
Urgencias 24h	
en España	900 300 386
Internacional	+34 917 882 060
Asistencia Dental	913 255 542 (24h)
Línea Médica Telefónica	917 882 060
Soporte App Az Salud	900 300 386 / opción 5 Lunes a viernes 8h-20h, excepto festivos nacionales soporte@appsalud.allianz.es

Realiza tus trámites cómodamente online, a través de:

Autorizaciones médicas	900 300 386 / opción 2 Lunes a viernes 9h-22h, excepto festivos nacionales Lunes a viernes de 9h a 21h en inglés y alemán autorizaciones@allianz.es Adjuntar: Prescripción médica/Núm. tarjeta / DNI / Hora y lugar de la prueba
Solicitud reembolsos	reembolsos.salud@allianz.es

Consulta tu cuadro médico online en:

Seguro Médico	900 300 386 / opción 2 Lunes a viernes 9h-22h, excepto festivos nacionales Cuadro Médico Allianz (allianzcuadromedico.es)
Seguro Dental	917 882 060 Allianz (allianzcuadro dental.es)

Coberturas que presta Allianz

A continuación, te explicaremos las coberturas de tu póliza de Allianz Salud

La Compañía garantiza la prestación de la asistencia sanitaria adecuada para el cuidado de la salud del Asegurado, de acuerdo con las definiciones, especificaciones técnicas, condiciones y modalidades que se establecen en los distintos Capítulos y Artículos de esta Póliza de Seguros.

Inicio de las coberturas:

La cobertura comienza a las 0 horas del día de inicio del período de cobertura. Deberá observarse en todos los casos el período de carencia asignado a cada prestación.

En el caso de los recién nacidos, necesariamente hijos de madre asegurada con garantía de servicios completos, con parto por la Compañía, la cobertura es inmediata, deberá asegurarse al recién nacido en un plazo máximo de DIEZ DÍAS a partir de la fecha de nacimiento. De no asegurarse al recién nacido en ese período, las coberturas se suspenderán inmediatamente, siendo a cargo del Tomador cualquier tipo de gasto ocasionado por el recién nacido a partir de ese momento, no estando el Asegurador obligado al pago de ningún siniestro relacionado con el recién nacido.

Fin de las coberturas:

La cobertura finaliza a las 24 horas del día en que finalice la vigencia de la póliza.

Período de carencia:

Es el tiempo contado desde el inicio de la cobertura, expresado en meses, en que no se tiene derecho a la prestación correspondiente. Se especifica en el apartado de cada especialidad.

- a) Se exceptúan de esta exigencia las urgencias vitales, siempre que la patología no sea preexistente a la contratación de la póliza.
- b) Se entiende por urgencia vital:
 - Hemorragias agudas intracraneales o intracerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre al exterior o con hemorragia interna.
 - Abortos completos o incompletos. Rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. Toxicosis gravídica.
 - Shocks cardíaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico, o bacteriano.
 - Comas. Reacciones alérgicas con afectación del estado general.
 - Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardíaca.
 - Abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. Dolor abdominal agudo.
 - Lesiones con desgarros externos o con afectación de vísceras.
 - Fracturas de cadera o de la cabeza del fémur.
 - Accidentes cerebro-vasculares.
 - Intoxicaciones agudas. Sepsis agudas.
 - Anuria. Retención aguda de orina.
 - Difteria. Botulismo. Meningitis. Meningoencefalitis. Forma aguda de colitis ulcerosa. Gastroenteritis aguda con afectación del estado general.
 - Obstrucción de las vías respiratorias altas. Embolia pulmonar. Derrame pleural.
 - Neumotórax espontáneo. Edema agudo de pulmón. Disnea. Crisis de asma bronquial.
 - Infarto de miocardio. Crisis hipertensiva de urgencia. Embolia arterial periférica. Asistolia. Taquicardia paroxística.
 - Coma diabético. Hipoglucemia.
 - Convulsiones. Convulsiones de la infancia. Toxicosis del lactante.

- Insuficiencia suprarrenal aguda. Fallo agudo de la circulación periférica. Alteraciones del metabolismo electrolítico.
- c) Cuando la causa de la urgencia vital sea consecuencia de una dolencia preexistente a la contratación de esta póliza (aunque no se hubiera hecho constar en la declaración de salud) o de patologías excluidas, la mencionada urgencia vital no está cubierta.
- d) Los partos prematuros y abortos espontáneos tienen la consideración de urgencias, y por tanto, no están sujetos a plazos de carencia, (siempre y cuando el embarazo se haya producido tras la fecha de vencimiento del periodo de carencias correspondiente, pues en caso contrario, no se tendrá derecho a ningún tipo de cobertura).
- e) El Asegurado estará obligado a entregar a la Compañía toda la documentación requerida para demostrar que los procesos patológicos producidos o iniciados durante el período de carencia, no son preexistentes.

Si no se demostrara así, continuarían sin tener derechos después de terminado dicho período.

- al aguda. Fallo agudo de la circulación periférica. Alteraciones del metabolismo electrolítico.

Ámbito territorial:

- a) España.
- b) Extranjero: Remitirse a lo dispuesto en Capítulo II Artº.2.10: "Asistencia en viaje en el extranjero".

Coberturas sanitarias

Se realizan únicamente por los distintos profesionales y centros sanitarios concertados por Allianz – que figuran en el cuadro médico vigente de la Compañía, que se puede consultar online en www.allianz.es - según las especificaciones correspondientes, sin desembolso alguno por parte del Asegurado, salvo cuando se indique específicamente lo contrario.

Los avances tecnológicos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el período de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza, siempre y cuando los estudios de validación de su efectividad sean ratificados, mediante un informe positivo, por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CCAA o del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

2º. 1. Urgencias en Centro Sanitario:

La prestación de la asistencia que deba realizarse, por sus características, en el área de urgencias de un centro sanitario, a causa de un proceso patológico que requiera atención facultativa urgente e inmediata.

Esta prestación comprende (siempre que la patología no sea preexistente a la contratación de la póliza):

- Los procedimientos médico quirúrgicos.
- La medicación administrada durante la urgencia.
- Las pruebas complementarias necesarias para llegar a un diagnóstico y que se deben realizar inmediatamente en el área de urgencias.

2º. 2. Urgencias médicas y de enfermería a domicilio

Atención urgente e inmediata y que, por sus características, impida el desplazamiento a un centro sanitario de urgencias o a la consulta externa de un profesional sanitario.

Ante la imposibilidad de garantizar la asistencia de urgencias a domicilio en todas las poblaciones de la geografía española, el Asegurado (excepto si reside en los términos municipales de Madrid y Barcelona, donde recibirá la asistencia domiciliaria únicamente a través del cuadro médico concertado) tiene pleno derecho a elegir libremente cualquier facultativo para recibir la prestación de Urgencias a domicilio. En dicho caso Allianz le reembolsará hasta un máximo de 36 euros por visita. Para acreditar debidamente la suma a reembolsar, el Asegurado deberá aportar el original del recibo y la factura correspondiente, en los que deberán figurar los datos identificativos del facultativo que ha realizado la visita. Estos documentos deberán remitirse por correo electrónico a reembolsos.salud@allianz.es. La caducidad de las facturas se establece en 30 días a partir de la fecha de emisión.

La póliza incluye una Línea telefónica de Orientación médica, que presta el servicio de asesoramiento médico efectuado por un equipo de especialistas en medicina familiar y de urgencias.

La prestación incluye:

- Orientación y consejo médico 24 horas.
- Información sobre enfermedades y medicamentos.
- Información sobre prevención de la salud.
- Orientación sobre resultados de análisis y pruebas terapéuticas.
- Explicación del funcionamiento y de la preparación necesaria para la realización de pruebas médicas.
- Asesoramiento en la selección del médico especialista.
- Otras informaciones de interés (relacionadas la salud infantil, farmacias de guardia...).

También tienes la opción de consultar a un médico mediante la App Allianz Salud, que te permite realizar consultas de telemedicina con un médico general y/o pediatra mediante chat, videoconsulta o llamada.

2º. 3. Visitas médicas y actos sanitarios de diplomados en enfermería, fisioterapeutas y Podólogos La prestación de asistencia ambulatoria en visita clínica:

Esta prestación comprende:

1. Visitas clínicas de medicina general. (Sin carencia)

2. Visitas clínicas de las especialidades siguientes:

- Alergología (Sin carencia)
- Angiología y Cirugía Vasculard (Excluyendo la estética) (Sin carencia)
- Anestesiología (Sin carencia)
- Cardiología (Sin carencia)
- Cirugía General y Digestiva (Sin carencia)
- Cirugía Maxilofacial y Oral (Sin carencia)
- Cirugía Pediátrica (Sin carencia)
- Cirugía Plástica y Reparadora (Excluyendo la estética) (Sin carencia)
- Cirugía Torácica (Sin carencia)
- Clínica del Dolor (Carencia 6 meses)
- Dermatología (Excluyendo la estética) (Sin carencia)
- Endocrinología (Sin carencia)
- Aparato Digestivo (Sin carencia)
- Obstetricia (Carencia: Remitirse a Cuadro Prestaciones Contratadas y Carencias)
- Partos (Carencia: Remitirse a Cuadro Prestaciones Contratadas y Carencias)
- Oftalmología (Sin carencia)
- Oncología médica (Sin carencia)
- Oncología radioterápica (Sin carencia)
- Otorrinolaringología (Sin carencia)
- Pediatría (Sin carencia)
- Psiquiatría (Sin carencia)
- Psicología (Sin carencia)

- Rehabilitación (Carencia 6 meses)
- Reumatología (Sin carencia)
- Traumatología y Cirugía
- Ortopédica (Sin carencia)
- Urología (Sin carencia)

3. Curas y tratamientos por Diplomados de Enfermería. (Sin carencia)

4. Sesiones de rehabilitación por Fisioterapeutas Diplomados. (Carencia 6 meses)

5. Tratamientos de podología por Podólogos Diplomados. Máximo 12 sesiones anuales:

Tratamiento de la uña incarnata, tratamiento podológico del papiloma y sesiones de quiropodia. (Sin carencia). Está cubierto el Estudio Biomecánico de la Marcha bajo prescripción médica para alteraciones funcionales de la misma. (Carencia 6 meses).

6. Asistencia y controles del parto por Matronas Diplomadas. (Carencia 12 meses)

7. Especificaciones sobre prestaciones asociadas a las visitas clínicas de determinadas especialidades:

a) Angiología y Cirugía Vascolar:

Incluye láser endoluminal de varices en quirófano. En todos los casos se excluyen las intervenciones y tratamientos de estética (clasificación CEAP menor o igual a 2) y se cita como ejemplo de ello, de modo no exhaustivo, la esclerosis de varices superficiales.

b) Cirugía Plástica y Reparadora:

En todos los casos se excluyen las intervenciones y tratamientos de cirugía estética y se citan como ejemplo de ello, de modo no exhaustivo, las siguientes intervenciones:

- Lifting facial
- Rinoplastia
- Corrección de la punta de la nariz
- Blefaroplastia
- Otoplastia
- Corrección de lóbulo rasgado de oreja
- Reducción de megalóbulo de oreja
- Malarplastia
- Mentoplastia
- Queiloplastia
- Corrección de cicatrices
- Extracción de verrugas
- Aumento de mamas
- Reducción de mamas
- Mastopexia
- Ginecomastia
- Dermolipectomía abdominal
- Dermolipectomía en muslos
- Eliminación de tatuajes
- Cualquier tipo de liposucción
- Masajes para drenaje linfático
- Cualquier tipo de depilación.

Sí está incluida la simetrización de la mama contralateral, tras mastectomía total, que haya sido asumida por la póliza.

c) Dermatología:

En todos los casos se excluyen las intervenciones y tratamientos de estética y se cita como ejemplo de ello, de modo no exhaustivo las siguientes intervenciones:

- Extracción o eliminación de angiomas superficiales.
- Extracción o eliminación de arañas vasculares.
- Extracción o eliminación de puntos rubí.
- Cualquier tipo de peeling.
- Eliminación de manchas solares simples o queratosis actínica.
- Extracción de xantelasmas.
- Tratamiento con láser de las arrugas.

d) Ginecología:

En esta especialidad no se incluye la obstetricia (partos). Además de las visitas médicas se incluye:

1. Revisión ginecológica anual:

- Exploración ginecológica y mamaria.
- Citología vaginal.
- Colposcopia.
- Mamografía.

2. Planificación familiar:

- Ligadura de trompas. (Carencia 6 meses).
- Inserción de DIU (No está cubierto el coste del aparato).
- Diagnóstico de la infertilidad, no incluye tratamiento.

8. Especificaciones sobre prestaciones asociadas a las visitas clínicas de determinadas especialidades:

a) Obstetricia (partos): La prestación comprende el control del embarazo y la asistencia al parto y, en concreto:

- Visitas de obstetricia.
- Ecografías obstétricas. Tres por gestación, salvo indicación médica, debidamente documentada, en cuyo caso se podrán practicar las necesarias.
- Ecografía 3D.
- Analítica: Hemograma, grupo Rh, glucemia, sideremia, toxoplasma IgG, toxoplasma, IgM, VDRL, HbSAg, sedimento orina, beta HCG, alfa-fetoproteína, test O'Sullivan, coombs, pruebas de coagulación, cultivo vaginal y rectal para estreptococo-grupo B.
- Test de DNA fetal en sangre materna médicamente indicado (riesgo de congenitopatías).
- Amniocentesis en los siguientes casos:
 - Embarazos en mujeres mayores de 35 años.
 - Triple screening positivo (Índice AFP inferior o igual a 271).
 - Antecedentes familiares en alguno de los dos miembros de la pareja de defectos congénitos o cromosómicos, hasta segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos).
 - Existencia de prueba de ultrasonido con posibilidad de defectos congénitos o cromosómicos.
- Preparación al Parto (15 horas).
- Monitorización antenatal, en caso necesario.
- Asistencia al parto o cesárea de un tocólogo.

- Asistencia al parto o cesárea de una matrona.
- Métodos de sedación del dolor. (Anestesia epidural, etc.)
- Estancia en clínica de la asegurada.
- Manutención de la parturienta.
- Medicación durante la estancia en clínica.
- Gastos de sala de partos y quirófano.
- Asistencia y controles del parto por Matronas Diplomadas.
- Atención integral del recién nacido en nursery.
- Control neonatal del recién nacido.
- Cama de acompañante.

Queda expresamente excluido cualquier tratamiento o método diagnóstico o técnica genética de biología molecular con fines predictivos o preventivos.

Esta prestación está sujeta a una carencia de 1 mes en lo referente al control del embarazo, y de 10 meses en cuanto al parto, por lo que, en caso de que el embarazo se haya iniciado antes de vencer el periodo estipulado de carencias para el control del embarazo, no se tendrá derecho a ningún tipo de prestación relacionada directa o indirectamente con el mismo.

Los partos prematuros y abortos espontáneos tienen la consideración de urgencias y, por tanto, no están sujetos a plazos de carencia, (siempre y cuando el embarazo se haya producido tras la fecha de vencimiento del periodo de carencias correspondiente, pues en caso contrario, no se tendrá derecho a ningún tipo de cobertura).

b) **Odontología:**

Esta prestación se realiza directamente por los facultativos contratados por Allianz, sin desembolso por parte del Asegurado, excepto para los servicios que, en su descripción, se hallan sujetos a una franquicia, cuyo importe será siempre a cargo del Asegurado, pudiendo ésta variar en función del mercado. El Asegurador informará puntualmente de estas variaciones. El asegurado puede ver los servicios y las franquicias de esta garantía actualizados, en la página web Allianz (allianzcuadro dental.es).

c) **Psiquiatría:**

La prestación de Psiquiatría comprende 15 visitas anuales y, adicionalmente, 10 visitas de Psicología Clínica anuales. Es necesaria la prescripción por parte de un especialista en Psiquiatría, Oncología o Pediatría y una autorización previa. Los ingresos médicos psiquiátricos estarán limitados a 60 días anuales. Esta prestación no cubre los siguientes actos:

- Psicoterapia de grupo.
- Test psicotécnicos de cualquier tipo.

d) **Rehabilitación:**

Esta prestación comprende la visita diagnóstica y la prescripción del tipo de tratamiento necesario en régimen ambulatorio. En ningún caso se practicará rehabilitación a domicilio. La prestación está limitada a 60 sesiones anuales por Asegurado. Ante cualquier prescripción de rehabilitación, Allianz se reserva el derecho de exigir la realización de una visita de consulta por un médico rehabilitador propuesto por la Compañía. La negativa del Asegurado a realizar la mencionada visita o la no presentación a la misma sería motivo de pérdida de los derechos de tratamientos de rehabilitación.

e) **Urología:**

Además de las visitas médicas se incluye:

- Planificación familiar: Vasectomía (Carencia 6 meses).
- Rehabilitación del suelo pélvico después de una intervención quirúrgica cubierta por la Compañía. (Carencia 6 meses).
- Incluye el uso de técnica láser para intervenciones prostáticas.
- Diagnóstico de la infertilidad y esterilidad masculina, no incluye tratamiento.

f) **Clínica del Dolor:**

La prestación de Clínica del Dolor tiene como fin el diagnóstico y tratamiento del dolor agudo en patologías traumatológicas, procesos postoperatorios, o para politraumatizados). Además de las visitas médicas se incluye:

- Tratamiento farmacológico según escalera analgésica de la OMS.
- Tratamiento con opioides en infusión continua subcutánea con bomba de PCA.
- Tratamiento con opioides +/- anestésicos locales en infusión continua espinal con bomba de PCA. (PATIENT-CONTROLLED ANALGESIA).
- Tratamiento con TENS (estimulación eléctrica transcutánea).
- Tratamiento con bloqueos nerviosos periféricos, epidurales y simpáticos.

La prestación no comprende actos médicos destinados al tratamiento del dolor crónico (maligno y no maligno), derivado de procesos neoplásicos, en ámbito hospitalario o ambulatorio, así como cualquier tipo de prestación domiciliaria.

Los bloqueos epidurales y/o Infiltraciones Epidurales estarán limitadas a 3 sesiones por Asegurado/Año.

g) Logopedia:

La logopedia sólo quedará cubierta en Procesos post-quirúrgicos de cuello y laringe, hasta un máximo de 20 sesiones por Asegurado/año.

2º. 4. Pruebas complementarias:

La prestación de pruebas complementarias de diagnóstico mediante técnicas basadas en análisis clínicos y biológicos, diagnóstico por la imagen y otras. Esta prestación comprende:

1. Análisis clínicos y biológicos:

La prestación comprende el control del embarazo y la asistencia al parto y, en concreto:

- Los análisis genéticos para tratamientos de fertilidad no quedan cubiertos por las garantías de la póliza.
- Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas genéticas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos.
- Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.

2. Diagnóstico por la Imagen:

- Radiografías simples. (Sin carencia)
- Radiografías con contraste. (Complejas) (Carencia 6 meses)
- Tomografía axial computarizada (TAC) (Carencia 6 meses)
- Resonancia nuclear magnética (RNM) (Carencia 6 meses)
- Ecografías (Excepto la ecografía obstétrica) (Sin carencia)
- Ecografía obstétrica (Carencia 1 mes)
- Eco- Doppler (Carencia 6 meses)
- Radiología intervencionista (Carencia 6 meses)
- Pruebas y tratamientos de hemodinamia (Carencia 6 meses)
- Mamografías (Sin carencia)

3. Otras técnicas:

- Gammagrafías. (Carencia 6 meses)
- Otras pruebas de isótopos radiactivos. (Carencia 6 meses)
- Densitometría. (Carencia 6 meses)
- Electromiografías. (Carencia 6 meses)
- Electroencefalogramas. (Carencia 6 meses)

- Polisomnografías. (Excluido CPAP) (Carencia 6 meses)
- Endoscopias. (Carencia 6 meses)
- Ergometría. (Carencia 6 meses)
- Holter. (Carencia 6 meses)
- Audiometría (Carencia 6 meses)
- Potenciales evocados (Carencia 6 meses)
- Pruebas funcionales respiratorias (Carencia 6 meses)
- Pruebas de alergia (Carencia 6 meses)
- Anatomía Patológica (Biopsias, citologías) (Carencia 6 meses)
- P.E.T. (Carencia 6 meses)
- OCT (Carencia 6 meses)
- Biopsia de Mama por Aguja Gruesa (BAG) (Carencia 6 meses)
- Biopsia de Mama por Vacío (BAV) (Carencia 6 meses)
- Epiluminiscencia (Carencia 6 meses)
- Otoemisiones acústicas (Carencia 6 meses)

Sólo válido para garantías completas (cuadro médico con/sin asistencia primaria y reembolso completo)

- Colonoscopias virtuales (Carencia 6 meses)
- Coronariografía virtual (Carencia 6 meses)

2º. 5. Intervenciones quirúrgicas, tratamientos y prótesis:

Esta prestación comprende (con carencia 6 meses):

1. La realización por el cirujano y sus ayudantes de las intervenciones quirúrgicas, visitas de control y tratamientos.

2. Tratamientos:

- a) Quimioterapia y Oncología Radioterápica. (Carencia 6 meses)

En régimen de Hospitalización y Hospital de Día. Allianz sólo cubrirá los gastos de medicación citostática que se expendan en el mercado Nacional y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad.

Excluida la terapia T-CAR (terapia con células CAR T)

Los tratamientos oncológicos deben ser prescritos por médicos del Cuadro Facultativo de Allianz, que tengan a su cargo la asistencia (que debe estar cubierta por la póliza) del Asegurado (Carencia 6 meses).

- b) Acelerador lineal. (Carencia 6 meses).
- c) Radioestereotaxia. (Carencia 6 meses).
- d) Braquiterapia. (Carencia 6 meses).
- e) Litotricia (Carencia 6 meses)
- f) Láser - radiofrecuencia para intervenciones de ORL, vasculares, traumatológicas, Oftalmológicas (excluida la cirugía refractiva), Urológicas y en Clínica del dolor. (Carencia 6 meses).

3. Prótesis y material quirúrgico especial:

- a) Definición de prótesis: Elemento, pieza o aparato artificial que se implanta en el organismo para reemplazar o sustituir la función de un órgano alterado.
- b) Definición de Material quirúrgico especial: debe ser consultado previamente a la Compañía.
- c) Implantación: Cubierta por esta póliza.
- d) Coste de la prótesis: Cubierto por esta póliza hasta la suma de 12.000 euros anuales en total por Asegurado.

2º. 6. Hospitalización:

La prestación de servicios de hospitalización, en régimen de clínica, para casos médicos y quirúrgicos, sin límite de duración para la estancia (excepto hospitalización psiquiátrica), aplicando estrictamente lo especificado en el Artículo 3º, Apartado 23. de esta Póliza.

Carencia de 6 meses.

Esta prestación comprende:

1. Estancia en habitación individual.
2. Estancia en Unidad de Vigilancia Intensiva si es preciso. (Por su naturaleza, no incluye la cama de acompañante).
3. Medicación y manutención del paciente.
4. Procedimientos quirúrgicos, tratamientos y visitas de control por parte de los facultativos.
5. Gastos de quirófano.
6. Servicios de anestesia y reanimación.
7. Cuidados de enfermería, curas y material sanitario.
8. Pruebas complementarias.
9. Cama de acompañante.

2º. 7. Ambulancia:

La prestación del servicio de traslado sanitario del Asegurado en ambulancia, siempre y cuando el grado de complejidad técnica de los cuidados médicos y de enfermería necesarios para el mencionado traslado no permita que pueda realizarse en otro tipo de vehículo que no esté suficientemente medicalizado como para realizar reanimación de paro cardiorrespiratorio con eficacia. (Sin carencia)

Los traslados en ambulancia deberán efectuarse bajo prescripción facultativa, que informe adecuadamente el motivo, o en caso de urgencia vital.

La distancia máxima por traslado se establece en 300 Km en total, incluyendo trayecto de ida y vuelta.

Se excluyen los traslados en ambulancia para los casos que no cumplan las condiciones señaladas anteriormente y se citan como ejemplo de ello, de modo no exhaustivo, los traslados para:

1. Tratamientos de rehabilitación
2. Visitas médicas
3. Curas
4. Realización de pruebas complementarias
5. Motivos Sociales

2º. 8. Rehabilitación:

La prestación comprende la práctica de tratamientos de rehabilitación, por prescripción facultativa.

Se establece una carencia de 6 meses y un límite máximo de sesenta sesiones anuales, en los siguientes casos:

1. Procesos traumatológicos agudos, en tratamiento exclusivamente ambulatorio.
2. Procesos traumatológicos post-quirúrgicos, en tratamiento clínico o ambulatorio.
3. Procesos reumatológicos, en tratamiento exclusivamente ambulatorio.
4. Procesos obstructivos coronarios, en tratamiento clínico o ambulatorio.
5. Procesos urológicos (Suelo Pélvico).

6. Rehabilitación respiratoria dentro de ingreso hospitalario y rehabilitación respiratoria pediátrica prescrita por un facultativo hasta 10 sesiones anuales. La prestación comprende las técnicas siguientes:
- Cinesiterapia.
 - Mecanoterapia.
 - Tracciones vertebrales.
 - Electroterapia.
 - Ondas de choque (5 sesiones anuales).

2º. 9. Sangre y hemoderivados (Cirugía Sin Sangre):

En todo caso, dentro de los términos establecidos en esta póliza, y siempre que técnicamente sea posible, se considera incluida la prestación quirúrgica o cualquier otro tratamiento médico que pudiera practicarse, a elección del Asegurado, **sin la administración de transfusión de sangre completa, concentrados de hematíes, leucocitos, plaquetas o plasma.**

Carencia de 6 meses.

2º. 10. Asistencia en viaje en el extranjero:

La prestación del servicio de asistencia en viaje al asegurado, en cualquier lugar del mundo, fuera de España, en caso de accidente, enfermedad aguda o crónica agudizada que exija tratamiento médico inmediato.

Sin carencia

La prestación comprende:

- El pago de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.
- La repatriación o transporte sanitario del asegurado herido en accidente o enfermo grave, bien hasta el hospital adecuado, bien hasta su domicilio, empleando el medio más idóneo, incluso aeronaves, todo ello a criterio del médico de la Compañía.
- Conducción de los restos mortales del Asegurado fallecido hasta el lugar de inhumación en España.
- La repatriación o transporte de los familiares directos que acompañen al Asegurado en el momento del fallecimiento, del accidente o de la declaración de la enfermedad, en la medida en que los medios inicialmente previstos para el regreso no puedan ser utilizados.
- El desplazamiento y estancia de un familiar del Asegurado, en régimen de alojamiento y desayuno y durante un máximo de diez días, para acompañarle cuando haya sido hospitalizado por una duración prevista superior a diez días.
- La permanencia del Asegurado en un hotel, por prescripción facultativa, hasta que su estado permita el traslado, la continuación del viaje o el regreso a su domicilio y, como máximo, durante diez días.
- Regreso del Asegurado si su cónyuge o alguno de sus hijos, padres o hermanos falleciesen y él no pudiera retornar a su domicilio por sus propios medios.
- La transmisión de mensajes urgentes.
- La búsqueda y repatriación de documentos y objetos extraviados con ocasión del accidente o la enfermedad.
- El envío de medicamentos al Asegurado, cuando no se puedan obtener en el lugar en que se encuentre y los necesite con carácter de urgencia.
- Suma asegurada:
 - Para el caso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización, el 100% del coste de los servicios, con el límite de 12.000 euros.
 - Para el caso de conducción de los restos mortales del Asegurado y en lo que respecta específicamente a los gastos de acondicionamiento del cadáver, el 100% del coste de los servicios, con el límite de 601,01 euros.
 - Para el caso de alojamiento en hotel, el 100% del coste de los servicios, con el límite de 90,15 euros diarios.
 - Para el resto de los casos de asistencia en viaje, el 100% del coste de los servicios, sin límite.

12. **Ámbito territorial de la prestación:** En cualquier lugar del mundo, excepto en España, a través del teléfono 34 914522915, disponible, a cobro revertido, las 24 horas del día, todos los días del año.
13. **Ámbito temporal de la prestación:** Las garantías se aplicarán para todos los viajes que realice el asegurado durante el período de validez establecido en la póliza, siempre que aquellos no excedan de 90 días consecutivos. Quedan excluidas con carácter general aquellas prestaciones que no hayan sido solicitadas previamente al Asegurador o que hayan sido organizadas directamente por el Asegurado sin intervención del Asegurador, salvo los supuestos de fuerza mayor o imposibilidad material, debidamente acreditada.

2º. 11. Salud Digital:

(Sin Carencia)

La prestación del servicio comprende:

- App Allianz Salud: servicio digital que te permite acceder a diferentes soluciones digitales relacionadas con tu salud. No tiene carencias.
- Allianz Salud y Bienestar: servicio franquiciado de salud y bienestar que complementa tu seguro de salud, sin carencias y que te da acceso a descuentos y/o tarifas especiales de especialistas relacionados con prestaciones médicas, estética y bienestar físico y emocional. Puedes darte de alta y consultar los servicios en <https://allianzsaludybienestar.es/>.

Exclusiones de la póliza

Las prestaciones que en ningún caso son cubiertas por la Compañía son aquellas que se produzcan con ocasión o a consecuencia de:

1. Situaciones de carácter catastrófico tales como guerra, civil o internacional, Catástrofe o Calamidad nacionales.
2. Hechos derivados de actos de terrorismo, motín o tumulto popular, actuaciones de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad.
3. Fenómenos de la naturaleza tales como inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos.
4. Reacción o radiación nucleares; contaminación radiactiva.
5. Epidemias oficialmente declaradas.
6. Procesos patológicos pre-existentes, y/o consecuencia, complicación, evolución, efecto colateral, efecto secundario o derivación de procesos patológicos sufridos antes de la suscripción del contrato.
7. Daños y lesiones consecuencia de la participación del Asegurado en hechos delictivos, intento de suicidio y autolesiones.
8. Daños y lesiones derivadas del Alcoholismo crónico o Adicción a las drogas de cualquier tipo.
9. Daños o lesiones que sean consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte y, en todo caso, de lucha, boxeo, toreo, alpinismo, paracaidismo, ala delta, artes marciales, escalada, espeleología, montañismo, aeronáutica, motonáutica, esquí, snowboard, bobsleigh, automovilismo, motorismo, deportes de aventura (rafting, puenting y similares), actividades subacuáticas y/o deportes aéreos.
10. Cualquier análisis, medio diagnóstico y/o tratamiento realizado mediante técnica génica, estudios para la determinación del mapa genético y cualquier otra técnica genética con la exclusiva excepción de aquella que se encuentra incluida en las coberturas de la póliza, tal como la Amniocentesis, estudios de DNA fetal en embarazos de riesgo y técnicas génicas necesarias para conocer la molécula diana para los tratamientos (excluido T-CAR).
11. Las técnicas diagnósticas o quirúrgicas de nueva aparición que no consten en el Artículo 2º de esta póliza.
12. Todos aquellos medios, procedimientos o técnicas terapéuticas que sean de aparición posterior a la fecha de contratación de la póliza, salvo que Allianz haya comunicado, por escrito, al Tomador de su incorporación a las coberturas aseguradas, en los términos y dentro de los límites que se establezcan en dicha comunicación (en cumplimiento de lo establecido en el Art. 126.2 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras).

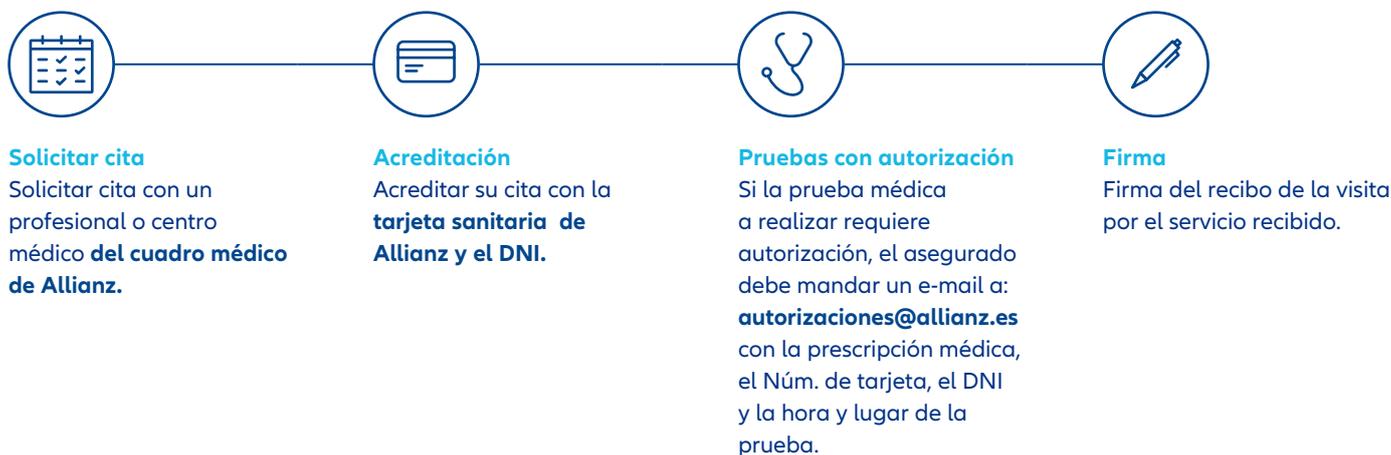
13. Cualquier análisis, u otras exploraciones diagnósticas necesarias para la expedición de certificados, emisión de informes, etc., así como la entrega de cualquier documento médico que no tenga una clara función asistencial.
14. Cualquier fármaco que se halle en proceso de experimentación y/o no esté registrado en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad.
15. Cualquier tipo de medicación, excepto cuando sea administrada durante el ingreso en un centro sanitario. Se excluyen también las vacunas, los medicamentos homeopáticos o naturistas, la cápsula endoscópica (y su colocación) , el oxígeno a domicilio, y la polisomnografía para regulación del CPAP en sí, los factores de crecimiento plasmáticos, cualquier acto relacionado con el estudio y uso de células madre.
16. Las visitas, pruebas complementarias, tratamientos, estudios e intervenciones relacionados con:
 - a) Cambio de sexo.
 - b) Abortos voluntarios.
 - c) Motivos estéticos o cosméticos.
 - d) Alopecia de origen androgénico.
 - e) Modificación de la refracción de los ojos, incluida la cirugía de la miopía, hipermetropía y astigmatismo.
 - f) Transplantes de órganos, excepto el de medula ósea y córnea.
 - g) Diálisis y hemodiálisis en afecciones crónicas.
17. La rehabilitación, cuando se haya conseguido la recuperación funcional totalmente o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento y ocupacional.
18. Balnearios, curas termales o similares.
19. Cualquier tipo de intervención quirúrgica destinada a tratar la obesidad, así como cualquier acto médico-quirúrgico relacionado con las mismas.
20. No está cubierto el coste del aparato en los audífonos, lentes de contacto, gafas correctoras y cualquier tipo de material ortopédico.
21. Los dispositivos intra o extrauterinos de evitación del embarazo.
22. Las prótesis, a partir de 12.000 euros en total, por Asegurado/año.
23. Los ingresos en un centro hospitalario cuando:
 - a) El grado de complejidad técnica de los cuidados médicos y de enfermería necesarios no requieran ineludiblemente la permanencia continuada del paciente en el hospital durante más de 24 horas seguidas.
 - b) Tengan como causa fundamental cualquier tipo de demencia senil, incluida la enfermedad de Alzheimer.
 - c) Respondan a motivos sociales.
 - d) Se trate de enfermos crónico - terminales. Se entiende como crónico - terminal a la persona que cumple los criterios siguientes, en su totalidad o en mayoría suficiente:
 - Presencia de enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
 - Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
 - Presencia de numerosos trastornos o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
 - Coma profundo irreversible y/o disminución del nivel de conciencia y alteraciones cognitivas con deterioro de la actividad física y de relación e interés por el entorno.
 - e) Neoplasia que progresa en el curso de tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia, habiendo utilizado todas las posibilidades en primeras líneas terapéuticas y líneas terapéuticas de rescate.
 - f) Función ventricular insuficiente, refractaria al tratamiento y sin posibilidad de ser tributario de un trasplante cardíaco.
 - g) Insuficiencia renal, en fase de encefalopatía urémica, refractaria a la diálisis y sin posibilidad de ser tributario de un trasplante renal.
24. Medicina Preventiva: Cualquier tipo de chequeo médico preventivo con técnicas diagnósticas de alta resolución.

- 25. Allianz no se hace responsable de los Honorarios Médico-quirúrgicos de cualquier profesional externo a su Cuadro Facultativo, así como de cualquier acto que pudieran prescribir.
- 26. No queda cubierto ningún acto médico quirúrgico relacionado con los tratamientos de fertilidad.
- 27. No quedan cubiertos los actos médico-quirúrgicos o terapéuticos de cirugía láser, excepto en los que esta técnica figure expresamente cubierta en este condicionado.

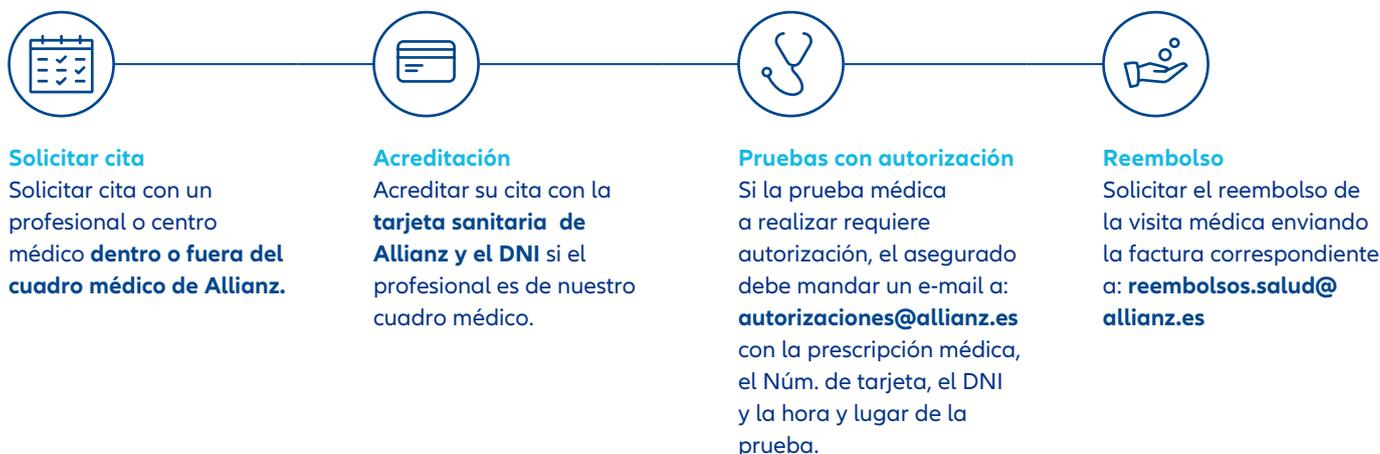
Uso de la póliza

Una vez el Asegurado ha contratado la modalidad del seguro de salud que más se ajusta a sus necesidades, el procedimiento a seguir es el siguiente:

Cuadro Médico Concertado



Reembolso



Dental



Solicitar cita

Solicitar cita con un profesional o centro médico **del cuadro médico de Allianz.**



Acreditación

Acreditar su cita con su **DNI** si el profesional es de nuestro cuadro médico.



Visita

Una vez prestado el servicio, el Asegurado abona el coste del servicio, si lo hubiera.

Información básica sobre protección de datos

Responsable	Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Categorías de datos que podemos tratar	Datos identificativos, de contacto, relativos a sus características personales o circunstancias sociales y familiares o socio demográficos, datos económicos y financieros (incluyendo su capacidad crediticia), datos sobre el riesgo asegurado y, de haber contratado cobertura médica, datos relativos a su salud.
Finalidades	Sus datos serán tratados con la siguientes finalidades (i) atender su solicitud de contacto y ponernos en contacto con Ud.; (ii) realización de valoraciones, selección, comprobación y tarificaciones de riesgo para el cálculo de la prima; (iii) contratación, mantenimiento, desarrollo y control del seguro; (iv) prevención del fraude a través de la consulta y cesión de datos a ficheros de prevención del fraude; (v) prevención de la morosidad y valorar la solvencia patrimonial de nuestros asegurados a través de la consulta a ficheros de solvencia crediticia; (vi) llevar a cabo las comprobaciones correspondientes conforme a lo establecido en la legislación en materia de prevención de capitales y financiación del terrorismo; (vii) elaboración de perfiles con fines actuariales y análisis de mercado; (viii) mercadotecnia directa a través de la creación de un perfil comercial para determinar cuáles son sus preferencias e intereses; (ix) con fines de publicitarios y de prospección comercial a través del envío de comunicaciones comerciales de productos propios y sobre productos y servicios del restado de entidades del Grupo Allianz; (x) realización de los test de exigencias y necesidades así como de idoneidad para la determinación de sus exigencias, necesidades, conocimientos y experiencia antes de la contratación de un producto; (xi) mejorar su experiencia y satisfacción como cliente a través de encuestas o estudios de mercado; (xii) anonimización de sus datos que tratamos; así como (xiii) realización de ejercicios de prevención y análisis de vulnerabilidades.
Procedencia de sus datos	Hemos obtenido sus datos de su distribuidor de seguros, tales como su agente o corredor de seguros (en caso de disponer de él) así como de ficheros de prevención del fraude y de información crediticia y nuestros proveedores como, por ejemplo, nuestros proveedores de valoración crediticia.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos; limitación u oposición a su tratamiento; de acuerdo con las indicaciones contenidos en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página web https://allianz.es/privacidad-seguridad

El contratante ha consentido el uso de sus datos personales para:

[Sí/ No] Fines publicitarios y de prospección comercial.

[Sí/ No] Cesión a las demás entidades del Grupo Allianz (consultables en www.allianz.es) para informarle, por cualquier medio, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos y que puedan ser de tu interés.

[Sí/ No] Toma de decisiones automatizadas para la elaboración de un "perfil comercial" en base a la información facilitada.

Cláusula final

El contratante autoriza expresamente al tratamiento de dichos datos por la Compañía que son necesarios para el mantenimiento, desarrollo y control del seguro, la gestión de siniestros y la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico, de siniestralidad y prevención del fraude, así como para la gestión del coaseguro y reaseguro. Para el cumplimiento de las finalidades descritas el contratante autoriza la cesión a terceros colaboradores de la entidad aseguradora, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza o necesarios para la gestión de siniestros así como la cesión a ficheros comunes del sector asegurador.

Asimismo autoriza el tratamiento de sus datos con fines publicitarios y de prospección comercial y la cesión de los mismos a las demás sociedades del grupo Allianz en España, entidades toda ellas pertenecientes al sector financiero y asegurador, para informarle, tanto por comunicación postal como electrónica, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos que puedan ser de su interés, incluso con posterioridad al fin de la relación contractual, y salvo indicación en contra, que podrá manifestar en la dirección postal, electrónica o teléfono de la aseguradora que constan en este documento.

El contratante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

Cláusula final

El Contratante y/o asegurado del Seguro reconoce haber recibido, leído y comprobado esta póliza de Contrato de Seguro de XXX, que consta de xxxx páginas y acepta las condiciones del mismo, tanto las que delimitan y definen el riesgo, como las que fijan las prestaciones aseguradas y, así mismo, declara expresamente conocer y aceptar las exclusiones y limitaciones de la cobertura, así como, especialmente, las condiciones de tratamiento de sus datos de carácter personal en ficheros automatizados, juzgando resaltadas todas ellas convenientemente, y haber recibido la información previa a la contratación de la póliza relativa a la protección al asegurado, a la legislación aplicable, instancias de reclamación, Asegurador y Órgano de Control con carácter previo a la contratación de esta póliza en fecha XX de XXXX de XX según lo previsto por la Ley 20/2015, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como también a la existencia de los ficheros y el tratamiento de sus datos de carácter personal, de la finalidad de su recogida y del destino de la información, tal como prevé la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal, considerando el texto del presente contrato como un todo indivisible, lo que también suscribe la Compañía, otorgando ambas partes, así, su pleno consentimiento en xxxxxxxx de MMMMMMMM de AAAA

El Contratante y/o asegurado del Seguro manifiesta asimismo que todas las declaraciones e informaciones que ha facilitado a la compañía son correctas y se compromete a comunicar al asegurador, tan pronto le sea posible, cualquier otra circunstancia que pueda afectar al riesgo asegurado.

Las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares One Page y los Suplementos y/o Apéndices que se emitan, constituyen la Póliza no teniendo validez ni efecto por separado.

En prueba de lo anterior las partes suscriben la presente póliza de seguro en xxxxxxxx a DD de MMMMMMMM de AAAA

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones

Contratante
[Nombre del Tomador]

Por mi mediación,
[Nombre mediador]

Aceptamos el contrato en todos sus
términos y condiciones
**Allianz, Compañía de Seguros y
Reaseguros, S.A.**



Allianz Seguros

Atención al Cliente:

900 300 250

allianz.es

 [@allianz.seguros.es](https://www.facebook.com/allianz.seguros.es)

 [@allianz_es](https://twitter.com/allianz_es)

 [@allianz_es](https://www.instagram.com/allianz_es)

 [AllianzSeguros](https://www.youtube.com/AllianzSeguros)