

Globality EcoGenio[®]

Seguro de salud internacional Condiciones Generales



Globality Health

Premium health insurance worldwide

Claro, conciso y completo.

Adonde quiera que vaya, Globality Health le acompañará, facilitándole el camino y preocupándose de todos los aspectos de su salud. Nuestros servicios y prestaciones son únicos.

Las Condiciones Generales que recibe usted recogen los derechos y *obligaciones* derivados del contrato de seguro y contienen información importante acerca de las garantías cubiertas por este seguro. Nos complace poder iniciar un vínculo contractual ventajoso para ambas partes.

¿Tiene usted dudas acerca de la cobertura de su seguro?

Será un placer para nosotros aclararle cualquier duda que pudiera surgir en relación con las Condiciones Generales.

Aquellos pasajes de las Condiciones Generales que están redactados en *cursiva* aparecen explicados en las definiciones.

Estamos a su disposición en todo el mundo:

Globality S.A.
1A, rue Gabriel Lippmann
L-5365 Munsbach
Luxembourg

Teléfono: +352 270 444 3504
Fax: +352 270 444 3599
Correo electrónico: service-cogenio@globality-health.com
Internet: www.globality-health.com

Globality S.A. está sometida a la supervisión legal del Commissariat aux Assurances, 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxemburgo

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

Aclaración de los símbolos

✓ Prestación cubierta, es decir, Globality Health asume los gastos reembolsables al 100 %, a no ser que de la descripción de las coberturas se desprenda otra cosa.

✗ Prestación no cubierta.

Indice

1. Información importante en relación a la contratación de la póliza	4	6. Exclusiones	29
1.1 Grupo de personas asegurable	4	7. Procedimiento y disposiciones en caso de siniestro	33
1.2 <i>Enfermedades preexistentes</i>	4	7.1 Necesidad médica	33
1.3 Adhesión al contrato colectivo	4	7.2 Requisitos a tener en cuenta en caso de siniestro	33
2. Cobertura del seguro	5	7.3 Procedimiento en caso de siniestro	34
2.1 Alcance de la cobertura	5	7.4 Contenido de los justificantes de gastos	34
2.2 Siniestro	5	7.5 Procedimiento en caso de <i>accidente/urgencia</i>	34
2.3 Entrada en vigor de la cobertura	5	7.6 Tramitación de los reembolsos	34
2.4 Renuncia al periodo de carencia	5	7.7 Reembolso de los gastos	35
2.5 Anualidad de seguro	5	7.8 Moneda contractual	35
2.6 Rescisión de la relación contractual	5	7.9 Tipo de cambio	35
2.7 Otros supuestos de finalización del seguro	6	8. Obligaciones	36
2.8 Extinción de la cobertura	6	9. Cálculo y pago de la prima	37
3. Ámbito territorial del seguro	7	10. Información general	38
3.1 <i>Zona de destino</i> de la cobertura	7	10.1 Modificación de las Condiciones Generales	38
3.2 Salida temporal de la <i>zona de destino</i> II	7	10.2 Comunicación entre usted y nosotros	38
3.3 Límite doble de cobertura ambulatoria para la <i>zona de destino</i> I	7	10.3 Inclusión en la póliza de recién nacidos	38
4. Coberturas	8	10.4 Cambios en los datos contractuales	38
4.1 Información general relativa a las coberturas	8	10.5 Cómo reclamar	38
4.2 <i>Franquicia</i>	8	10.6 Jurisdicción	39
4.3 <i>Límite total anual</i>	9	10.7 Legislación aplicable	39
4.4 Resumen de coberturas: Asistencia médica hospitalaria	9	10.8 Idioma	39
4.5 Resumen de coberturas: Asistencia médica ambulatoria	11	11. Definiciones	40
4.6 Resumen de coberturas: Asistencia dental	13		
4.7 Resumen de coberturas: Servicios de asistencia	14		
4.8 Resumen de coberturas: Servicios adicionales	15		
4.9 Descripción de las coberturas	16		
5. Ayuda y soporte a través de los servicios de asistencia	25		
5.1 Notas aclaratorias relativas a la asistencia	25		
5.2 Notas aclaratorias relativas a los servicios adicionales	27		

1. Información importante en relación a la contratación de la póliza

1.1 Grupo de personas asegurable

La *póliza de seguro* está diseñada para expatriados. Son asegurables los trabajadores/miembros del *tomador del seguro* que por encargo del mismo se desplacen durante un periodo mínimo de tres meses al extranjero para ejercer una actividad profesional. También son asegurables los cónyuges o parejas de hecho y los *hijos* acompañantes.

Aunque trataremos de tomar todas las medidas pertinentes para garantizar el cumplimiento de la cobertura del seguro con la normativa legal en el extranjero, no tenemos control sobre el cumplimiento de otros posibles requisitos. Por tanto, es *obligación* del *tomador del seguro* garantizar el cumplimiento de las disposiciones y normas locales de la seguridad social para todas las personas aseguradas bajo la *póliza de seguro*.

Podremos cancelar el contrato colectivo o excluir de la cobertura del seguro a las personas afectadas debido a cambios en la legislación de un país si estos tuviesen como consecuencia el incumplimiento de la normativa que regula el seguro de salud para personas de nacionalidad local, residentes o ciudadanos.

1.2 Enfermedades preexistentes

Siempre y cuando en el contrato colectivo no se estipule otra cosa, las *enfermedades preexistentes* estarán incluidas en la cobertura.

No obstante y dependiendo de lo pactado por las partes en el contrato colectivo, dicha inclusión puede estar supeditada a la contestación, de forma detallada y veraz, de todas las preguntas formuladas en el cuestionario de salud, que forma parte del *boletín de adhesión*, y a la valoración del riesgo médico de cada uno de los *asegurados* (véase apartado 1.3). En estos casos, y siempre y cuando exista un riesgo elevado, el asegurador podrá aplicar una sobreprima y/o exclusión de cobertura.

1.3 Adhesión al contrato colectivo

La adhesión al seguro colectivo se realizará, con arreglo a lo establecido en el contrato colectivo, mediante comunicación de alta en la póliza por el *tomador del seguro*, o bien, mediante el denominado *boletín de adhesión*, con el que también se solicita el seguro de los cónyuges o parejas de hecho y los *hijos*.

Si en el *boletín de adhesión* se incluyen preguntas relativas al estado de salud actual del *asegurado* o de *enfermedades preexistentes*, éstas deberán ser contestadas de forma detallada y veraz. En el caso de que también se incluya en la póliza a otras personas, éstas (junto con el titular) serán responsables del contenido veraz e íntegro del cuestionario de salud. Tenemos el derecho a solicitar más datos de ser necesario por razones de conformidad con la normativa reguladora o para la valoración del riesgo.

El *boletín de adhesión* podrá ser enviado por correo ordinario, correo electrónico o fax. Globality Health asume la cobertura del seguro confiando en que todas las preguntas formuladas hayan sido contestadas de forma veraz (deber de declaración precontractual).

2. Cobertura del seguro

2.1 Alcance de la cobertura

El seguro cubre las enfermedades y *accidentes* que se produzcan, así como todas las demás contingencias especificadas en las Condiciones Generales (véase al respecto el apartado 4). En caso de siniestro Globality Health reembolsa los gastos por *tratamientos médicos* necesarios desde el punto de vista médico y otras prestaciones pactadas.

Las garantías cubiertas por el seguro se basan en la *póliza de seguro*, los acuerdos y suplementos pactados posteriormente por escrito, las Condiciones Generales así como las disposiciones legales.

2.2 Siniestro

El siniestro supone el *tratamiento médico* de un *asegurado* necesario desde el punto de vista médico como consecuencia de una enfermedad o de un *accidente*. El siniestro comienza con el *tratamiento médico* y finaliza en el momento en que, de acuerdo con el diagnóstico médico, desaparece la necesidad de tratamiento. En la medida en que el *tratamiento médico* tenga que ampliarse a una enfermedad o a las consecuencias de un *accidente* que no guarden relación causal con las tratadas hasta ese momento, se entenderá producido un nuevo siniestro.

Siempre que la modalidad pactada prevea el reembolso de las correspondientes prestaciones, también se considerará siniestro:

- los chequeos preventivos ambulatorios para el diagnóstico precoz de enfermedades,
- los chequeos y los *tratamientos médicos* necesarios por embarazo y parto,
- los gastos de hospitalización del recién nacido sano después del parto
- el fallecimiento de un *asegurado*.

2.3 Entrada en vigor de la cobertura

La cobertura del seguro entra en vigor en el momento especificado en la *póliza* (fecha de efecto). No se cubren siniestros acaecidos antes del inicio de la cobertura del seguro. Los siniestros ocurridos después de la formalización del seguro quedarán excluidos de la cobertura únicamente por la proporción del siniestro correspondiente al período anterior a la fecha de efecto. En caso de modificación del seguro, las disposiciones especificadas en este apartado se aplicarán en la medida en que la cobertura modificada exceda del alcance de la cobertura del seguro anteriormente pactada.

2.4 Renuncia al periodo de carencia

No se aplicará ningún periodo de carencia.

2.5 Anualidad de seguro

La cobertura de seguro se inicia en el momento especificado en el contrato de seguro colectivo y permanecerá vigente por 12 meses.

La anualidad de seguro para las personas que se adhieran al contrato comienza en la fecha indicada en el certificado de cobertura (fecha de efecto) y estará vigente hasta la fecha de renovación del contrato colectivo.

2.6 Rescisión de la relación contractual

Sin perjuicio de otros motivos de terminación o rescisión previstos en la ley, el asegurador, el *tomador del seguro* y el *asegurado* podrán notificar la rescisión del seguro dentro del contrato colectivo en los siguientes casos:

- a) como consecuencia de una modificación en las Condiciones Generales (véase al respecto el apartado 10.1) o un aumento de las tasas, la *franquicia* o las primas, siempre y cuando el *asegurado* sea el deudor de la prima (véase el apartado 9 al respecto). En el plazo de tres meses a contar desde la recepción de la comunicación de la modificación, se podrá rescindir el seguro con efecto a partir de la entrada en vigor de la modificación.
- b) en caso de incumplimiento de forma no dolosa del deber de declaración; en este supuesto, el asegurador tendrá derecho a rescindir el seguro dentro del contrato colectivo en el plazo de un mes a partir del momento de conocer la infracción del deber de declaración, siempre y cuando se demuestre que en ningún caso hubiera asumido el riesgo.

La rescisión del seguro en el marco del contrato colectivo deberá efectuarse por escrito. Salvo que se disponga otra cosa, la rescisión será efectiva una vez transcurrido el plazo de al menos un mes a contar desde la fecha de entrega o acuse de recibo, o bien de la fecha de envío en caso de correo certificado.

En caso de que se imponga una sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas, sanciones comerciales o económicas, leyes o reglamentos de la Unión Europea o el Reino Unido, o sanciones en los Estados Unidos de América que obstaculicen, de modo directo o indirecto, la capacidad de formalizar seguro en virtud de este contrato colectivo tendremos un derecho extraordinario de

rescisión de este contrato colectivo o podemos excluir a las personas afectadas de la cobertura del seguro.

2.7 Otros supuestos de finalización del seguro

Sin perjuicio de otras razones legales de nulidad, el seguro en el marco del contrato colectivo perderá su validez en el caso de que, por incumplimiento doloso del deber de declaración por parte del *asegurado*, la valoración de riesgo haya quedado alterada de tal forma que, en caso de haber tenido constancia de la circunstancia omitida, el asegurador no hubiera concluido el contrato o éste se hubiera celebrado en condiciones diferentes. En este supuesto, el *asegurado* deberá renunciar a las prestaciones percibidas. Las primas pagadas le corresponderán al asegurador.

2.8 Extinción de la cobertura

Los seguros suscritos para el titular y sus *beneficiarios* en el marco del contrato colectivo se extinguirán

- a) cuando el *tomador del seguro* o el asegurador rescindan el contrato colectivo;
- b) cuando el titular o el *asegurado* cause baja en el grupo de personas asegurables (véase apartado 1.1), por ejemplo al cambiar de empresa o cuando termine la estancia en el extranjero realizada por encargo de la empresa;
- c) con el fallecimiento del titular de la póliza o el de sus *beneficiarios*;
- d) cuando el titular de la póliza se dé de baja, a sí mismo o a sus *beneficiarios*, del seguro colectivo, siempre y cuando la inclusión del seguro colectivo se haya efectuado mediante *boletín de adhesión*. Cuando el titular de la póliza se dé de baja del contrato colectivo, se extinguirá simultáneamente la relación contractual con respecto a los *beneficiarios*. La baja sólo será válida cuando el titular demuestre que sus *beneficiarios* afectados han sido informados de ella;
- e) en caso de nulidad de la relación contractual (véase apartado 2.7 al respecto).

Por norma general, la cobertura del seguro se extingue con la finalización del contrato colectivo o del seguro, incluso con respecto a los siniestros pendientes, es decir, todavía existentes (véase al respecto el punto 2.8).

3. **Ámbito territorial del seguro**

3.1 **Zona de destino de la cobertura**

La cobertura del seguro tiene validez en las siguientes zonas de destino:

Zona de destino I: **Todo el mundo incluido EE.UU.**

Zona de destino II : **Todo el mundo excepto EE.UU.**

3.2 **Salida temporal de la zona de destino II**

En caso de contratar la cobertura de seguro para la *Zona de destino II* (todo el mundo excepto los EE.UU.), rigen las siguientes particularidades: en caso de ausencia de un máximo de seis semanas del *país de destino* se asumirá la cobertura de las *urgencias* médicas, las consecuencias de *accidentes* así como en caso de fallecimiento también en la *zona de destino I*. Los viajes que se emprendan con la finalidad de someterse a *tratamiento médico* en la *zona de destino I* quedarán fuera de la cobertura del seguro. Todo cambio permanente de la *zona de destino* de un *asegurado* deberá ser comunicado al asegurador inmediatamente, dado que este cambio podrá repercutir en la prima a pagar.

3.3 **Límite doble de cobertura ambulatoria para la zona de destino I**

En caso de haberse contratado el seguro con cobertura en la *zona de destino I* (todo el mundo, incluido EE.UU.), se duplicará el límite máximo anual de cobertura ambulatoria.

En caso de haberse acordado una *franquicia*, ésta no cambiará.

4. Coberturas

4.1 Información general relativa a las coberturas

El producto incluye las modalidades Classic, Plus y Top, que a su vez se componen de los módulos ambulatorio, hospitalario, odontológico y de asistencia. Cada una de estas modalidades se diferencia en función del tipo y cuantía de las prestaciones y servicios acordados. El contrato colectivo correspondiente regula la modalidad que se puede contratar o la combinación de módulos en la que puede basarse la relación contractual correspondiente.

En función de la modalidad que se haya pactado, Globality Health reembolsa los gastos cubiertos por el seguro hasta el *límite total anual*, *límite máximo de cobertura ambulatoria* y *límite máximo de cobertura dental*, cuyo tipo y alcance se recogen en el resumen de coberturas que se expone a continuación, siempre y cuando no se desprenda otra cosa del presente resumen de coberturas, de las Condiciones Generales, del contrato colectivo o en las definiciones.

Para todos los tratamientos programados en régimen de internamiento hospitalario y de hospitalización parcial o de día, debe ponerse en contacto con nosotros con antelación para obtener una autorización previa y también hacer uso de nuestros prestadores de servicios sanitarios preferentes (véase el apartado 4.9).

4.2 Franquicia

Existen las siguientes opciones de *franquicia*, que únicamente se aplicarán a los gastos de asistencia médica ambulatoria:




- Modalidad Classic: Sin *franquicia* o con *franquicia* de 250 €/ 325 \$
- Modalidades Plus y Top: Sin *franquicia* o con *franquicia*, a elegir entre: de 250 €/ 325 \$, 500 €/ 650 \$ o 1.000 €/ 1.300 \$

Las *franquicias* se aplican por anualidad y por *asegurado*. En caso de que se haya optado por una *franquicia*, Globality Health reintegrará los gastos reembolsables hasta el *límite total anual* y el *límite máximo de cobertura ambulatoria* que exceda del importe de la *franquicia*.

































Los gastos se imputarán a la anualidad en la que se utilicen los servicios del *terapeuta*, por ejemplo un *médico*, o se adquieran los *medicamentos*, *vendajes* y medios auxiliares.

Se recomienda presentar los justificantes de gastos únicamente después de haber superado el importe de la *franquicia* acordada.

4.3 Límite total anual

Prestaciones	Classic	Plus	Top
Límite total anual	 2.500.000 € / 3.250.000 \$	 8.000.000 € / 10.400.000 \$	 ilimitado

4.4 Resumen de coberturas: Asistencia médica hospitalaria*

Prestaciones	Classic	Plus	Top
Estancia y manutención en habitación individual/doble			
Prestaciones médicas			
Servicios de enfermería por personal sanitario especializado siguiendo las instrucciones de un <i>médico</i>			
Otros gastos adicionales (p.ej. quirófano, UCI y laboratorio)			
Operaciones en régimen hospitalario			
<i>Medicamentos y vendajes</i>			
Fisioterapia, como gimnasia de rehabilitación y masajes			
Medios auxiliares	 Sólo cuando sean necesarios para salvar la vida del paciente, como, p. ej., los marcapasos cardíacos.	 Sólo cuando sean necesarios para salvar la vida del paciente, como, p. ej., los marcapasos cardíacos. Además reembolso de medios auxiliares que no son necesarios para salvar la vida del paciente como, p. ej., prótesis artificiales hasta 2.000 € / 2.600 \$	
Prestaciones médicas relacionadas con el embarazo y el parto; servicios de comadrona o de partero en el <i>hospital</i> , con excepción de chequeos preventivos durante el embarazo	×	 hasta 5.000 € / 6.500 \$	
Complicaciones en el embarazo y el parto	×		
Cuidado de los recién nacidos	×		
Parto ambulatorio	×	 Indemnización a tanto alzado de 250 € / 325 \$ por cada recién nacido, sin justificante de gastos, presentando la partida de nacimiento	 Indemnización a tanto alzado de 500 € / 650 \$ por cada recién nacido, sin justificante de gastos, presentando la partida de nacimiento

Los importes máximos, plazos máximos de prestación e indemnizaciones a tanto alzado mencionados se aplican por *asegurado* y por anualidad.

* Todos los servicios programados deben ser autorizados previamente por nosotros y también hacer uso de nuestros prestadores de servicios sanitarios preferentes; de lo contrario, nuestro reembolso se limitará al 80 % (véase el apartado 4.9).

Prestaciones	Classic	Plus	Top
Quimioterapia, <i>medicamentos</i> y prestaciones médicas oncológicas (por ejemplo, en el caso de padecer una enfermedad cancerígena)	✓ hasta 50.000 € / 65.000 \$	✓ hasta 100.000 € / 130.000 \$	✓
Gastos de desplazamiento hasta y desde el <i>hospital</i> más cercano e idóneo para los primeros auxilios después de un <i>accidente</i> o de una <i>urgencia</i> mediante servicios de <i>urgencia</i> reconocidos, utilizando medios de transporte adecuados	✓	✓	✓
Trasplante de médula ósea o de órganos	✗	✓ hasta un importe máximo de 150.000 € / 195.000 \$ durante la vigencia del contrato colectivo	✓
Prestaciones psiquiátricas	✓ con una duración máxima de 20 días, si se ha autorizado previamente	✓ con una duración máxima de 20 días, si se ha autorizado previamente	✓ con una duración máxima de 50 días, si se ha autorizado previamente
Psicoterapia hospitalaria	✗	✓ hasta 10 sesiones, siempre que, antes de iniciar la terapia, se conceda una autorización por escrito	✓ hasta 20 sesiones, siempre que, antes de iniciar la terapia, se conceda una autorización por escrito
Acompañamiento de uno de los progenitores durante la hospitalización de los <i>hijos menores de edad</i>	✗	✓	✓
Asistencia sanitaria en el domicilio y <i>ayuda doméstica</i>	✗	✓ con una duración máxima de 7 días	✓ con una duración máxima de 14 días
Asistencia sanitaria en el domicilio tras el parto que sustituya a un internamiento hospitalario	✗	✓ con una duración máxima de 5 días, si se ha autorizado previamente	✓ con una duración máxima de 5 días, si se ha autorizado previamente
<i>Indemnización diaria substitutiva por hospitalización</i> siempre que no se haya solicitado un reembolso de gastos derivados del ingreso hospitalario	✗	✓ 50 € / 65 \$ por día	✓ 100 € / 130 \$ por día
<i>Rehabilitación hospitalaria</i> después de una hospitalización	✗	✓ hasta 14 días	✓ hasta 21 días
<i>Residencia para enfermos terminales</i>	✗	✗	✓ hasta 7 semanas
<i>Tratamiento</i> dental en régimen hospitalario	✗	✓	✓
<i>Tratamiento</i> dental de <i>urgencia</i>	✓	✓	✓

Los importes máximos, plazos máximos de prestación e indemnizaciones a tanto alzado mencionados se aplican por *asegurado* y por anualidad.

* Todos los servicios programados deben ser autorizados previamente por nosotros y también hacer uso de nuestros prestadores de servicios sanitarios preferentes; de lo contrario, nuestro reembolso se limitará al 80 % (véase el apartado 4.9).

4.5 Resumen de coberturas: Asistencia médica ambulatoria

Prestaciones	Classic	Plus	Top
Límite máximo de cobertura ambulatoria	10.000 € / 13.000 \$	Zona de destino I: 60.000 € / 78.000 \$ Zona de destino II: 30.000 € / 39.000 \$	ilimitado
Prestaciones médicas	✓ Se aplica el límite máximo de cobertura ambulatoria	✓ Se aplica el límite máximo de cobertura ambulatoria	✓
Operaciones ambulatorias	✓ Se aplica el límite máximo de cobertura ambulatoria	✓ Se aplica el límite máximo de cobertura ambulatoria	✓
Quimioterapia, medicamentos y prestaciones médicas oncológicas (por ejemplo, en el caso de padecer una enfermedad cancerígena)	✓	✓	✓
Controles de salud para adultos y niños mayores de 2 años	✗	✓ hasta 500 €* / 650 \$*	✓ hasta 1.000 € / 1.300 \$
Controles de salud para niños menores de 2 años	✗	✓ Se aplica el límite máximo de cobertura ambulatoria	✓
Vacunaciones de todo tipo, incluyendo tanto la vacuna como las medidas profilácticas, siempre y cuando éstas estén recomendadas para el respectivo país de destino para adultos y niños mayores de 2 años	✗	✓ hasta 250 €* / 325 \$*	✓
Vacunaciones de todo tipo, incluyendo tanto la vacuna como las medidas profilácticas, siempre y cuando éstas estén recomendadas para el respectivo país de destino para niños menores de 2 años	✗	✓ Se aplica el límite máximo de cobertura ambulatoria	✓
Embarazo, incluyendo el chequeo preventivo, el parto y los servicios de comadrona o de partero	✗	✓ hasta 2.000 €* / 2.600 \$*	✓
Complicaciones del embarazo y el parto	✗	✓ hasta 10.000 €* / 13.000 \$*	✓
Clases pre y posparto	✗	✗	✓ hasta 250 € / 325 \$
Terapia de reemplazo hormonal	✗	✓ hasta 500 €* / 650 \$*	✓ hasta 1.000 € / 1.300 \$
Acupuntura, homeopatía, osteopatía y quiropráctica, incluyendo medicamentos y vendajes	✗	✓ hasta 500 €* / 650 \$*	✓ hasta 1.000 € / 1.300 \$
Logopedia o foniatría	✗	✓ hasta 10 sesiones*, siempre que, antes de iniciar la terapia, se conceda una autorización por escrito	✓ hasta 20 sesiones, siempre que, antes de iniciar la terapia, se conceda una autorización por escrito

Los importes máximos, plazos máximos de prestación e indemnizaciones a tanto alzado mencionados se aplican por asegurado y por anualidad.






















* Aplica límite máximo de cobertura ambulatoria

Prestaciones	Classic	Plus	Top
Prestaciones psiquiátricas	✓ hasta 10 sesiones*, siempre que, antes de iniciar la terapia, se conceda una autorización por escrito	✓ hasta 20 sesiones*, siempre que, antes de iniciar la terapia, se conceda una autorización por escrito	✓ siempre que, antes de iniciar la terapia, se conceda una autorización por escrito
Psicoterapia ambulatoria	✗	✓ hasta 10 sesiones*, siempre que, antes de iniciar la terapia, se conceda una autorización por escrito	✓ hasta 20 sesiones, siempre que, antes de iniciar la terapia, se conceda una autorización por escrito
Medicamentos y vendajes	✓ Se aplica el <i>límite máximo de cobertura ambulatoria</i>	✓ Se aplica el <i>límite máximo de cobertura ambulatoria</i>	✓
Fisioterapia, incluyendo masajes	✓ hasta 10 sesiones*	✓ hasta 20 sesiones*	✓
Medios auxiliares	✗	✓ hasta 2.000 €* / 2.600 \$*	✓
Las pelucas y los sostenes protésicos después de un tratamiento contra el <i>cáncer</i>	✓ hasta 300 €* / 390 \$*	✓ hasta 300 €* / 390 \$*	✓ hasta 300 € / 390 \$
Consultas nutricionales	✗	✓ hasta 125 €* / 162,50 \$*	✓ hasta 250 € / 325 \$
Podología	✗	✓ hasta 100 €* / 130 \$*	✓ hasta 200 € / 260 \$
Ayudas ópticas	✗	✗	✓ hasta 200 € / 260 \$
Audifonos	✗	✓ hasta 500 €* / 650 \$*	✓ hasta 2.000 € / 2.600 \$
Gastos de desplazamiento hasta el <i>médico</i> u <i>hospital</i> más cercano e idóneo para los primeros auxilios después de un <i>accidente</i> o de una <i>urgencia</i> mediante servicios de emergencia reconocidos, utilizando medios de transporte adecuados	✓	✓	✓
Tratamiento de la infertilidad	✗	✗	✓ 50 % hasta un importe máximo de 10.000 €/ 13.000 \$ por pareja asegurada por vida

Los importes máximos, plazos máximos de prestación e indemnizaciones a tanto alzado mencionados se aplican por *asegurado* y por anualidad.

* Aplica *límite máximo de cobertura ambulatoria*

4.6 Resumen de coberturas: Asistencia dental

Prestaciones	Classic	Plus	Top
<i>Límite máximo de cobertura dental</i>	500 € / 650 \$	2.000 € / 2.600 \$	5.000 € / 6.500 \$
Exámenes para la detección precoz de enfermedades	 100%* hasta 2 exámenes por anualidad	 100%* hasta 2 exámenes por anualidad	 100%* hasta 2 exámenes por anualidad
Servicios odontológicos menores	 50%*	 70% hasta 1.000 €* / 1.300 \$*	 90% hasta 2.000 €* / 2.600 \$*
Prótesis dentales (por ejemplo, prótesis, puentes y coronas, inlays, onlays)	✗	 70%*	 90%*
<i>Servicios de implantología</i>	✗	 70%*	 90%*
Análisis funcional y terapia funcional	✗	 70%*	 90%*
Tratamiento de ortodoncia (persona menos de 18 años)	✗	 70%*	 90%*
Trabajos de laboratorio y materiales técnicos odontológicos	✗	 70%*	 90%*
Elaboración de un plan de tratamiento y presupuesto odontológico	✗	 70%*	 90%*
<i>Servicios odontológicos por accidente</i>	 100%*	 100%	 100%

Los importes máximos, plazos máximos de prestación e indemnizaciones a tanto alzado mencionados se aplican por *asegurado* y por anualidad.

* Aplica *límite máximo de cobertura dental*

4.7 Resumen de coberturas: Servicios de asistencia

Prestaciones	Classic	Plus	Top
Servicio 24 horas, telefónico o a través de email, con asesores expertos, <i>médicos</i> y especialistas propios	✓	✓	✓
Transporte sanitario o repatriación sanitaria de enfermos o lesionados	✓	✓	✓
Información sobre la infraestructura médica (asistencia médica local y designación de <i>médicos</i> multilingües)	✓	✓	✓
Asistencia e información mediante nuestro servicio <i>médico</i> (<i>segunda opinión médica</i> , observación de la evolución de la enfermedad)	✓	✓	✓
Garantía de pago directo y/o pago de anticipo (preparación del ingreso hospitalario)	✓	✓	✓
Apoyo organizativo en caso de fallecimiento, participación en los costes de repatriación	✓ hasta 2.500 € / 3.250 \$	✓ hasta 5.000 € / 6.500 \$	✓ hasta 10.000 € / 13.000 \$
Servicio adicional de asistencia médica razonable (información sobre el tipo de enfermedad, sus posibles causas y las posibilidades de tratamiento)	✓	✓	✓
Servicios on-line	✓	✓	✓

4.8 Resumen de coberturas: Servicios adicionales

Prestaciones	Classic	Plus	Top
Asistencia adicional	✗	✓	✓
Organización de visitas de familiares al <i>hospital</i>	✗	✓ hasta 1.500 € / 1.950 \$	✓ hasta 3.000 € / 3.900 \$
Compra y envío de <i>medicamentos</i> vitales	✗	✓	✓
Organización de viajes	✗	✓ hasta 2.000 € / 2.600 \$	✓ hasta 2.000 € / 2.600 \$
Gastos de viaje de un <i>asegurado</i> para estar con un familiar en peligro de muerte o que haya fallecido	✗	✗	✓ hasta 3.000 € / 3.900 \$
Gastos de viaje de una persona acompañante en caso de repatriación sanitaria de un <i>asegurado</i>	✗	✓ hasta 1.500 € / 1.950 \$	✓ hasta 3.000 € / 3.900 \$
Organización de la repatriación sanitaria o la asistencia de los <i>hijos</i>	✗	✗	✓
Facilitación de ayuda en caso de defensa legal	✗	✗	✓
Telemedicina	✓	✓	✓

Los importes máximos, plazos máximos de prestación e indemnizaciones a tanto alzado mencionados se aplican por *asegurado* y por anualidad.

4.9 Descripción de las coberturas

Nota importante: las prestaciones descritas en el apartado 4.9 pueden variar en función de la modalidad elegida o incluso quedar fuera de la cobertura del seguro.

Requisitos a tener en cuenta en caso de ingreso hospitalario, tratamientos ambulatorios u odontológicos

Para todos los servicios programados en régimen de internamiento hospitalario y de hospitalización parcial o de día, debe ponerse en contacto con nosotros con antelación para obtener una autorización previa y acudir a nuestros prestadores de servicios sanitarios preferentes. Para ello, debe ponerse en contacto con su *centro de servicios de Globality Health* con un mínimo de 7 días de antelación al inicio previsto del *tratamiento*. Si no recibe autorización previa o decide no acudir a uno de los prestadores de servicios sanitarios recomendados por el *centro de servicios de Globality Health*, nuestro reembolso se limitará al 80% de los gastos admisibles.

Para los servicios ambulatorios y dentales el asegurado podrá elegir libremente entre todos los *médicos* u odontólogos que, en el país en el que se tenga que llevar a cabo la terapia, dispongan de la licencia para realizar el *tratamiento médico* o dental, y entre otros *terapeutas* que posean una formación reconocida y sólida en su ámbito de actividad. Sólo se reembolsarán los gastos derivados de aquellos servicios médicos y dentales que, según las reglas de la ciencia médica y odontológica, sean precisos para un tratamiento necesario desde el punto de vista *médico*.

En caso de reembolso de gastos de trabajo de laboratorio y materiales técnicos odontológicos, se toma como base los precios medios en el respectivo *país de destino*. Las prótesis dentales, los implantes y la ortodoncia también se considerarán servicios del odontólogo aún cuando sean llevadas a cabo por un *médico*. No son objeto de la asistencia médica ambulatoria u hospitalaria.

Globality Health reembolsa las prestaciones médicas y odontológicas, así como los servicios de otros *terapeutas*, siempre y cuando las tasas se calculen dentro de los *baremos* típicos de cada país y sean razonables. También serán reembolsables los gastos que superen los importes máximos de estos

baremos, siempre y cuando estén justificados por dificultades ocasionadas por la enfermedad o por el diagnóstico y se calculen de forma razonable. En el caso de servicios de otros profesionales sanitarios, como p.ej. masajistas, comadronas o *terapeutas paramédicos* en medicina complementaria para los que posiblemente no exista un *baremo* en el *país de destino*, el reembolso se orientará por las remuneraciones equivalentes para los *médicos* o en función de los precios normales aplicados por dichos servicios en el país de tratamiento. En los términos estipulados en el contrato, están cubiertos los medios de diagnóstico o métodos terapéuticos y *medicamentos* que tengan el reconocimiento mayoritario en la *medicina convencional*. Globality Health también cubre los métodos y *medicamentos* que hayan mostrado su eficacia en la práctica o que se apliquen en tanto que no exista un método o *medicamento* de la *medicina convencional*; no obstante, Globality Health se reserva el derecho de reducir el reembolso hasta el importe total del gasto que se habría generado de haberse aplicado métodos y *medicamentos* de la *medicina convencional*.

Requisitos a tener en cuenta en caso de hospitalización necesaria desde el punto de vista médico de acuerdo con el apartado 4.4

Autorización previa para tratamientos programados en régimen de internamiento hospitalario y de hospitalización parcial o de día

Para todos los servicios programados en régimen de internamiento hospitalario y de hospitalización parcial o de día, debe ponerse en contacto con nosotros con antelación para obtener una autorización previa y acudir a nuestros prestadores de servicios sanitarios preferentes. Para ello, póngase en contacto con su *centro de servicios de Globality Health* con un mínimo de 7 días de antelación al inicio previsto del tratamiento. Deberá proporcionar la siguiente información:

- Informe médico, o diagnóstico si no dispone de informe médico
- Plan de tratamiento y presupuesto de costes
- Fecha prevista para el tratamiento (ingreso)
- *Médico* que presta el tratamiento

Su *centro de servicios de Globality Health* emitirá una confirmación por escrito de que el tratamiento y los gastos relacionados son reembolsables en función de la modalidad

de producto contratada y le informará sobre los prestadores de servicios sanitarios preferentes que tiene a su disposición. Si decide no acudir a uno de los prestadores de servicios sanitarios recomendados por el *centro de servicios de Globality Health*, nuestro reembolso se limitará al 80% de los gastos admisibles.

Si no es posible ponerse en contacto con nosotros 7 días antes del tratamiento (por ejemplo, si se le informa del tratamiento con menos de 7 días de antelación a la fecha prevista para el mismo), deberá igualmente ponerse en contacto con su *centro de servicios de Globality Health* lo antes posible para que podamos emitir una autorización previa del tratamiento y organizar el pago directamente con el proveedor. Si no recibe la autorización previa por escrito de su *centro de servicios de Globality Health* para el tratamiento por adelantado, nuestro reembolso se limitará al 80% de los gastos admisibles. Este reembolso limitado no se aplicará en los casos de *urgencia* (tratamientos no programados) en los que no sea posible ponerse en contacto con nosotros por adelantado. No obstante, deberá ponerse en contacto con nosotros lo antes posible.

Estancia y manutención en una habitación individual/doble

En caso de *tratamiento médico* en régimen de hospitalización, incluso siendo éste también previo o posterior al internamiento, o en caso de *hospitalización parcial*, el *asegurado* deberá acudir a un *hospital* adecuado, reconocido en el *zona de destino*, que esté bajo dirección médica permanente, disponga de medios de diagnóstico y métodos terapéuticos suficientes y que realice seguimientos del historial clínico de los pacientes. En caso de asistencia médica que sea necesaria desde el punto de vista médico en instituciones sanitarias donde también se realicen curas y tratamientos de rehabilitación o se admitan a enfermos convalecientes, pero que por lo demás cumplan con los requisitos expuestos anteriormente, el *asegurador* sólo asumirá las prestaciones, dentro de los términos pactados, previa autorización por escrito de dicha terapia. En el caso de las enfermedades tuberculosas, el seguro cubre también la asistencia médica en régimen de internamiento en centros curativos o sanatorios especializados para el tratamiento de la tuberculosis. Durante el transcurso de la hospitalización médicamente necesaria las prestaciones se asumirán sin límite temporal. Antes o en el mismo momento del ingreso en el *hospital* será necesario que el *asegurado*

se ponga en contacto con su *centro de servicios de Globality Health*.

Por estancia se entenderá la estancia en una habitación individual o doble estándar tal y como se indica en la tabla de coberturas. No cubriremos ningún tipo de habitación de lujo, ejecutiva o suite.

Prestaciones médicas

Las medidas cubiertas por la póliza incluyen todos los gastos derivados del examen, diagnóstico y servicios médicos prestados en régimen de internamiento hospitalario médicamente necesario (incluida la hospitalización parcial o de día), a menos que se recojan expresamente en otra parte de la *póliza de seguro*.

Otros gastos adicionales

Entre los gastos adicionales se incluyen aquellos originados por la utilización de instalaciones especiales, como por ejemplo quirófano, unidades de cuidados intensivos y laboratorios.

Operaciones en régimen hospitalario

Se reembolsarán los gastos ocasionados por los servicios necesarios para operaciones (incluida la hospitalización parcial o de día), como por ejemplo las prestaciones médicas, la anestesia y la utilización de instalaciones especiales. La cirugía asistida por robot sólo se cubre en la medida en que el *asegurador* haya autorizado por escrito el reembolso de estos gastos antes de comenzar el tratamiento, y cuando el uso de la robótica esté aprobado para el procedimiento y el diagnóstico por la autoridad sanitaria local del país en el que se preste el tratamiento, como la FDA (Food and Drug Administration) o la EMA (European Medicine Agency). Los gastos de la cirugía asistida por robot no se reembolsarán cuando se cobren como tarifa adicional.

Medicamentos y vendajes en régimen de hospitalización

Los *medicamentos* y *vendajes* deberán ser prescritos por el *médico/odontólogo* en el *hospital* con motivo del ingreso hospitalario; asimismo, los *medicamentos* deberán ser adquiridos en una farmacia u otro punto de venta autorizado oficialmente. No se consideran *medicamentos* los alimentos, los reconstituyentes, las aguas minerales, los cosméticos, los productos para la higiene y el cuidado corporal, así como los complementos para el baño.

Terapias/fisioterapia en régimen hospitalario

Se trata de terapias físico-médicas (inhalaciones, fisioterapia y ejercicios de movimiento, masajes, envolturas, *hidroterapia* y baños terapéuticos, crio y termoterapia, terapia ocupacional, electroterapia o fototerapia). Las prestaciones físico-médicas deberán ser realizadas por un *médico* o un profesional reconocido oficialmente que posea un título oficial de asistente sanitario profesional reconocido a nivel estatal y con autorización legal para ejercer (p. ej., un fisioterapeuta) y prescritas por un *médico* en régimen de hospitalización. La prescripción deberá ordenarse antes del inicio del tratamiento y contener el diagnóstico, tipo y la cantidad de medidas a llevar a cabo. No se considerarán fisioterapia servicios como, por ejemplo, los baños termales, las saunas y otros parecidos.

Medios auxiliares en régimen de hospitalización

Son reembolsables aquellos gastos originados por el uso de medios auxiliares que sirvan como medidas para mantener la vida, aliviar o compensar los impedimentos físicos del paciente, como, por ejemplo, marcapasos y prótesis artificiales (excepto las prótesis dentales). Durante la hospitalización, estos medios auxiliares deberán adaptarse e integrarse al cuerpo o junto al mismo. Los gastos de mantenimiento y reparación razonables de prótesis y aparatos terapéuticos (como la revisión anual o las baterías de recambio) se reembolsarán hasta el límite establecido al efecto en estas condiciones.

Prestaciones relacionadas con el embarazo y el parto, servicios de una comadrona o partera en un *hospital*

Globality Health asume los gastos reembolsables de un parto, del embarazo o las enfermedades relacionadas con el embarazo en régimen hospitalario, en una maternidad o institución equivalente, los gastos de asistencia sanitaria domiciliaria o de *ayuda doméstica* resultantes del embarazo o de enfermedades relacionadas con el embarazo y los servicios de comadrona o partera.

Los servicios de una comadrona durante el parto sólo están cubiertos en caso de parto dirigido por una comadrona. Los honorarios médicos no están cubiertos en estos casos, a menos que se requieran a raíz de una complicación durante el parto. La asistencia sanitaria en el domicilio prescrita por el *médico* también está cubierta después de un parto hospitalario y de ser dado de alta del *hospital* dentro de las 24 horas. Globality Health reembolsará esos gastos hasta 5 días conse-

cutivos después del parto. En el caso de una cesárea, que no sea médicamente necesaria, se cubrirá, dentro de los límites de la cobertura pactada en el contrato, hasta el equivalente del coste de un parto normal en el mismo *hospital*.

Complicaciones del embarazo y el parto

Asumiremos los gastos reembolsables por nacimiento prematuro, aborto espontáneo, aborto necesario desde un punto de vista médico, mortinato, embarazo ectópico, mola hidatiforme, cesárea, hemorragia posparto, retención de la membrana placentaria y complicaciones posteriores a cualquiera de estas condiciones.

Cuidado de los recién nacidos

El tratamiento de una afección médica aguda o rutinaria que sufra un bebé recién nacido, y que se manifieste dentro de los 30 días siguientes al nacimiento, está cubierto por los beneficios de recién nacido de la póliza infantil y no por ningún otro beneficio de la póliza. Las complicaciones de la concepción asistida o del parto, incluyendo el parto prematuro o múltiple, quedan excluidas de este beneficio. Si se produce una enfermedad congénita en un recién nacido, la cobertura se aplicará según los beneficios por enfermedades congénitas de la póliza infantil.

Parto ambulatorio

Se considerará que se ha producido un parto ambulatorio en caso de alumbramiento en el domicilio o cuando la parturienta sea dada de alta del *hospital*, de la casa de maternidad o de una institución equivalente como máximo 24 horas después del parto. Globality Health pagará, previa presentación de la partida de nacimiento, una indemnización a tanto alzado por parto de cada recién nacido.

Quimioterapia, *medicamentos* y prestaciones médicas oncológicas

Globality Health cubre los gastos reembolsables derivados de las prestaciones médicas, pruebas de diagnóstico, radioterapia, quimioterapia, *medicamentos* y hospitalización que se originen en régimen de internamiento hospitalario.

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

En caso de trasplante de médula ósea o de órganos (por ejemplo, corazón, riñón, hígado, páncreas), Globality Health

asume los gastos reembolsables tanto para el enfermo como para el donante. En estos casos son reembolsables los gastos asociados a la obtención del órgano del donante, el coste del transporte del órgano hasta el enfermo, así como, en su caso, los gastos de hospitalización del donante. No obstante, quedan exentos de reembolso los gastos de búsqueda de un órgano o de un donante compatible.

Prestaciones de psiquiatría

Se reembolsarán los gastos derivados de prestaciones de psiquiatría realizadas en régimen hospitalario, siempre y cuando el asegurador haya dado su autorización por escrito antes del inicio de la terapia. Para los reembolsos relacionados con la psicoterapia hospitalaria lea el apartado que figura a continuación.

Psicoterapia hospitalaria

Es requisito para el reembolso que la terapia sea llevada a cabo por un psiquiatra, un psicoterapeuta o un *médico* especialista que posea una formación adicional en los ámbitos de la psiquiatría, la psicoterapia o el psicoanálisis. Sólo se reembolsarán los servicios de psicoterapia hospitalaria, siempre y cuando el asegurador haya dado su autorización por escrito antes del inicio de la terapia.

Acompañamiento de uno de los padres en caso de hospitalización de hijos menores

Globality Health reembolsa los gastos adicionales derivados de la estancia de uno de los padres, para el acompañamiento de *hijos* menores *asegurados* que estuviesen hospitalizados.

Asistencia sanitaria domiciliaria y ayuda doméstica

Como medida sustitutiva de una hospitalización por consejo médico o para reducir la estancia hospitalaria, Globality Health asume los gastos reembolsables de la asistencia sanitaria domiciliaria por prescripción médica y la *ayuda doméstica*, prestadas por personas que posean formación de asistentes sanitarios. La asistencia sanitaria en el domicilio deberá efectuarse de forma complementaria al *tratamiento médico* y será reembolsable junto a éste.

Rehabilitación hospitalaria después de una hospitalización

Se cubren los gastos reembolsables de rehabilitación hospitalaria llevada a cabo tras una hospitalización, que suponga la continuación de un tratamiento hospitalario necesario (por ejemplo, después de una operación de *bypass*, un infarto de

miocardio, un trasplante de órganos, así como de intervenciones en los principales huesos y articulaciones), siempre y cuando Globality Health haya prestado previamente su consentimiento por escrito. Por norma general, la *rehabilitación hospitalaria* deberá efectuarse dentro de las dos semanas posteriores al alta hospitalaria. Quedan fuera de la cobertura del seguro los tratamientos y las estancias en centros de reposo, balnearios, sanatorios, centros de recuperación y residencias asistenciales.

Residencia para enfermos terminales

Si no pudiera prestarse asistencia ambulatoria en el propio hogar o en el de la familia del *asegurado*, y siempre y cuando la *residencia para enfermos terminales*

- disponga de personal sanitario y *médicos* con experiencia en el ámbito de la *medicina paliativa* y
- se encuentre bajo el cuidado especializado de una enfermera, un enfermero o demás personal con formación cualificada, que disponga de una experiencia dilatada en cuidados médicos paliativos o cuente con una formación adicional adecuada y pueda acreditar los conocimientos especializados necesarios para el desempeño del trabajo tanto en labores sanitarias como para las funciones de dirección,

Globality Health reembolsará durante un máximo de 7 semanas los gastos derivados de la estancia, la manutención, el cuidado y el acompañamiento del paciente de acuerdo con el estado de la enfermedad.

Como requisito para la prestación de servicios de atención clínica completa/parcial, el *asegurado* deberá padecer una enfermedad

- que sea degenerativa y haya alcanzado ya un estado avanzado,
- para la que se descarte una curación y sean necesarios cuidados médicos paliativos hospitalarios, y
- que ofrezca una esperanza de vida limitada, únicamente de semanas o pocos meses.

Los servicios de *residencia para enfermos terminales* se prestarán, cuando se presenten los siguientes cuadros clínicos:

- *cáncer* avanzado
- cuadro completo de la infección del *SIDA*
- enfermedades del sistema nervioso, con parálisis progresivas e incontenibles

- estado terminal de una enfermedad que afecte a los riñones, el hígado, el corazón, el conducto digestivo o los pulmones

Tratamiento dental en régimen hospitalario

Reembolsaremos los gastos derivados de los procedimientos quirúrgicos orales complejos con una incidencia superior a la media de complicaciones que pongan en peligro la vida, como deformidades congénitas de la mandíbula (por ejemplo, mandíbula hendida), fracturas de la mandíbula y tumores.

Tratamiento dental de urgencia

El *tratamiento* odontológico de *urgencia* en *hospitalización* se refiere a un *accidente* grave que requiere *hospitalización* (por ejemplo, la reconstrucción de la mandíbula después de una lesión provocada por un *accidente*). El *tratamiento* debe realizarse dentro de las 24 horas tras producirse la *urgencia*. Tenga en cuenta que la cobertura de esta prestación no comprende los *tratamientos* dentales de seguimiento, cirugía dental, prótesis o implantes dentales, ortodoncia o periodoncia.

El *médico* tratante tiene que confirmar específicamente que el *tratamiento* dental en régimen de internamiento es consecuencia de un *accidente* grave y la ocurrencia del mismo debe ser acreditada mediante el correspondiente parte médico o policial.

Requisitos de un tratamiento ambulatorio según el punto 4.5

Límite máximo de cobertura ambulatoria

Se trata de la cantidad máxima que abonaremos por todas las prestaciones ambulatorias en total, por persona y por anualidad para una modalidad de cobertura determinada, a menos que indiquemos otra cosa en el resumen de coberturas.

Controles de salud rutinarios para adultos y niños mayores de 2 años

Los controles de salud rutinarios son pruebas o exámenes que se llevan a cabo sin que haya ningún síntoma clínico.

Estas pruebas incluyen los siguientes exámenes realizados, a una edad adecuada, para detectar enfermedades o dolencias, por ejemplo:

- Constantes vitales (presión sanguínea, pulso, respiración, temperatura, etc.)

- Perfil lipídico
- Examen cardiovascular
- Examen neurológico
- Cribado de *cáncer*
- Controles del niño sano
- Pruebas de diabetes
- Prueba de VIH y SIDA
- Control ginecológico
- Prueba ocular

Controles de salud rutinarios para niños menores de 2 años

Los controles de salud rutinarios son pruebas o exámenes que se llevan a cabo sin que exista ningún síntoma clínico.

Estas pruebas incluyen los siguientes exámenes realizados, a una edad adecuada, para detectar enfermedades o dolencias, como por ejemplo:

- Constantes vitales (temperatura, pulso, respiración, presión arterial)
- Estatura y peso
- Audición y visión
- El desarrollo cognitivo, mental y psicológico
- El estado general de salud, asegurándose de que el *niño* está libre de enfermedades infecciosas y afecciones graves

Prestaciones relacionadas con el embarazo y el parto, servicios de una comadrona o partera

Asumiremos los gastos reembolsables relacionados con el embarazo o las enfermedades relacionadas con el embarazo, incluidos los exámenes rutinarios estándar de embarazo, las pruebas y todas las pruebas de diagnóstico médicamente necesarias, incluida la prueba del pliegue nuchal, la amniocentesis y la muestra de vellosidades coriónicas (CVS). El test prenatal no invasivo y todas las demás formas de pruebas genéticas están excluidas.

Se incluyen los servicios de comadrona prestados por una comadrona titulada. Los correspondientes gastos de examen y tratamiento prestados por una comadrona sólo están cubiertos si los gastos correspondientes a los mismos servicios no son facturados también por un *médico*.

Además, cubrimos 12 consultas de comadrona posparto a domicilio por cada embarazo. No se cubren los servicios de una asistente de parto (doula).

Complicaciones del embarazo y el parto

Asumiremos los gastos reembolsables por nacimiento prematuro, aborto espontáneo, aborto necesario desde un punto de vista médico, mortinato, embarazo ectópico, mola hidatiforme, cesárea, hemorragia posparto, retención de la membrana placentaria y complicaciones posteriores a cualquiera de estas condiciones.

Clases pre y posparto

Globality Health reembolsa las clases de pre y posparto de acuerdo con la modalidad de cobertura contratada. Las clases deben ser realizadas por un profesional cualificado y autorizado, como una comadrona o un fisioterapeuta. Las clases de yoga o pilates están excluidas de la cobertura.

Terapia de reemplazo hormonal

Se reembolsarán los gastos admisibles de la terapia de reemplazo hormonal que sean médicamente necesarios. Se cubrirán los gastos de los *medicamentos* y consumibles prescritos o el coste del *médico*, el consultor especialista y la investigación de laboratorio.

Prestaciones médicas

Las medidas cubiertas por la póliza incluyen todos los gastos derivados del examen, diagnóstico y terapia realizados en régimen ambulatorio, a menos que se recojan expresamente en otra parte de la *póliza de seguro*. También se reembolsarán los gastos de patología, radiología, tomografía computarizada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones y *medicina paliativa*.

Operaciones ambulatorias

Se reembolsarán los gastos ocasionados por los servicios necesarios en este contexto, como por ejemplo las prestaciones médicas, la anestesia y la utilización de instalaciones especiales. La cirugía asistida por robot sólo se cubre en la medida en que el asegurador haya autorizado por escrito el reembolso de estos gastos antes de iniciar el tratamiento, y cuando el uso de la robótica esté aprobado para el procedimiento y el diagnóstico por la autoridad sanitaria local del país en el que se preste el tratamiento, como la FDA (Food and Drug Administration) o la EMA (European Medicine Agency). Los gastos de la cirugía asistida por robot no se reembolsarán cuando se cobren como tarifa adicional.

Acupuntura, homeopatía, osteopatía y quiropráctica

Globality Health únicamente participa en los gastos si los tratamientos mencionados anteriormente son realizados por un *médico* u otro *terapeuta* que, en el país en el que tenga lugar el tratamiento, pueda acreditar una formación reconocida y disponga de una autorización oficial para practicar el tratamiento. Los *medicamentos* y *vendajes* prescritos por estos *médicos* o *terapeutas* como consecuencia del tratamiento también serán reembolsables.

Logopedia o foniatría

Reembolsaremos los gastos admisibles de los ejercicios y la terapia prescritos por un *médico* para el tratamiento de los trastornos de la voz y el habla, siempre y cuando el tratamiento sea prestado por un *médico* o logopeda. Asumiremos estos gastos siempre y cuando hayamos dado nuestra autorización por escrito antes del inicio de la terapia.

Prestaciones psiquiátricas

Se reembolsarán los gastos derivados de prestaciones de psiquiatría en régimen ambulatorio, siempre y cuando el asegurador haya dado su autorización por escrito antes del inicio de la terapia. Para los reembolsos relacionados con la psicoterapia ambulatoria lea el apartado que figura a continuación.

Psicoterapia ambulatoria

Los tratamientos de psicoterapia ambulatoria deberán ser efectuados por un psiquiatra, un psicoterapeuta o un *médico* especializado que disponga de formación adecuada en el ámbito de la psiquiatría, la psicoterapia o el psicoanálisis. Los mencionados tratamientos deben ser prescritos por un *médico* antes de comenzar el tratamiento. La prescripción médica deberá especificar el diagnóstico, tipo y cantidad de medidas a adoptar. Únicamente se asume el reembolso, si, con anterioridad al inicio del tratamiento, el asegurador ha dado una autorización por escrito.

Medicamentos y vendajes

Los *medicamentos* y *vendajes* deberán ser prescritos por un *médico/odontólogo* o un *terapeuta* autorizado oficialmente para ello; asimismo, los *medicamentos* deberán ser adquiridos en farmacia o en otro punto de venta que cuente con una autorización oficial. No se consideran *medicamentos* los alimentos, los reconstituyentes, las aguas minerales, los cos-

méticos, los productos para la higiene y el cuidado corporal así como los complementos para el baño.

Terapias/fisioterapia

Se trata de terapias físico-médicas (inhalaciones, fisioterapia y ejercicios de movimiento, masajes, envolturas, *hidroterapia* y baños terapéuticos, crio y termoterapia, terapia ocupacional, electroterapia o fototerapia). Las prestaciones físico-médicas deberán ser realizadas por un *médico* o un profesional reconocido oficialmente que posea un título oficial de asistente sanitario profesional reconocido a nivel estatal y con autorización legal para ejercer (p. ej., un fisioterapeuta) y prescritas por un *médico*. La prescripción deberá ordenarse antes de que comience el tratamiento y contener el diagnóstico, tipo y la cantidad de medidas a llevar a cabo.

Si se prescriben más de 20 sesiones de fisioterapia por el mismo diagnóstico, se requerirá la autorización previa por escrito por parte del asegurador.

No se considerarán fisioterapia servicios como, por ejemplo, los baños termales, las saunas y otros parecidos. No se asumirán los gastos adicionales de la terapia que se realice en el domicilio del *asegurado*.

Medios auxiliares en relación con un tratamiento ambulatorio

Globality Health reembolsará los gastos reembolsables de prótesis, medios ortopédicos y otros medios auxiliares destinados a prevenir, aliviar de forma directa o compensar los impedimentos físicos que padezca el paciente. Los medios auxiliares deberán ser prescritos por un *médico* y no podrán consistir en objetos de uso generalizado.

Se consideran medios auxiliares dentro del tratamiento ambulatorio: *vendajes*, bragueros, plantillas para la corrección del pie, aparatos para andar, medias de compresión, tablillas de corrección, prótesis artificiales (exceptuando las prótesis dentales), plataformas para estar acostado o sentado, aparatos ortopédicos de apoyo del torso, de los brazos y de las piernas así como aparatos de foniatría (laringe electrónica).

Las pelucas y los sostenes protésicos para mujeres después de un tratamiento contra el *cáncer* se reembolsarán hasta un máximo de 300 €. Todos los demás medios auxiliares

quedarán cubiertos siempre y cuando hayan sido autorizados previamente por escrito. Los gastos de mantenimiento y reparación razonables de medios auxiliares (como la revisión anual o las baterías de recambio) se reembolsarán hasta el límite establecido al efecto en estas condiciones. Los gastos por productos sanitarios (por ejemplo, almohadillas eléctricas y dispositivos de masaje) no serán reembolsados.

Consultas nutricionales

Asumimos los gastos reembolsables para consultas ambulatorias con un nutricionista cuando se haya diagnosticado un trastorno o enfermedad y el asesoramiento nutricional ayude a hacer mejor frente a la enfermedad. Tales enfermedades incluyen el *cáncer*, los trastornos alimentarios, las enfermedades gastrointestinales, las enfermedades cardíacas así como las intolerancias alimentarias y las alergias.

Estos servicios deben ser prescritos por un *médico*. La prescripción debe haber sido emitida antes de que comience el *tratamiento* y debe detallar el diagnóstico, la naturaleza y el número de sesiones necesarias.

Podología

Se cubren los gastos admisibles relacionados con el *tratamiento* de podología médicamente necesario. Estos servicios deben ser prescritos por un *médico*. La prescripción debe haberse emitido antes de que comience el *tratamiento* y debe detallar el diagnóstico, la naturaleza y el número de sesiones necesarias.

Ayudas ópticas

Son reembolsables las monturas y cristales de gafas así como las lentes de contacto, hasta alcanzar en su conjunto el importe máximo.

Audífonos

Reembolsaremos, previa prescripción médica, los gastos para un *audifono* prescrito médicamente dentro de los términos y límites acordados en la póliza. No se cubren los gastos de sustitución de baterías de *audífonos* no serán reembolsados.

Tratamiento de la infertilidad

En el marco de la cobertura de prestaciones acordadas y siempre que hayamos dado una autorización por escrito antes de comenzar el tratamiento, le reembolsaremos los gastos de las siguientes formas usuales, habituales y razona-

bles de diagnósticos y tratamientos para aumentar la fertilidad, incluidos los tratamientos para prevenir futuros abortos involuntarios, la investigación sobre los abortos involuntarios y la reproducción asistida y las complicaciones relacionadas:

- Las investigaciones diagnósticas, consultas y pruebas que incluyen procedimientos invasivos como la histerosalpiografía, la laparoscopia o histeroscopia
- El trabajo de laboratorio
- El tratamiento de fármacos prescritos, incluyendo entre otros, los de estimulación ovulatoria
- Fecundación in vitro (FIV)
- Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)
- Transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT)
- Transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT)
- Inseminación artificial (IA)

Asimismo, sólo se asumen los gastos a condición de que

- en el momento de la terapia (primer día de estimulación de cada uno de los ciclos de tratamiento o el primer día del ciclo de inseminación sin estimulación hormonal), la mujer sea menor de 40 años y el hombre menor de 50,
- la persona asegurada padezca esterilidad de origen orgánico que únicamente pueda ser superada a través del tratamiento de reproducción asistida,
- tanto el hombre como la mujer objeto del tratamiento estén asegurados con nosotros y tengan derecho a recibir tratamiento según la modalidad de póliza contratada.

Requisitos a tener en cuenta en relación con la asistencia dental mencionada en el apartado 4.6

Límite máximo de cobertura dental

Se trata de la cantidad máxima que abonaremos por todas las prestaciones dentales en total, por persona y por anualidad para una modalidad de cobertura determinada, a menos que indiquemos otra cosa en el resumen de coberturas.

Exámenes

Exámenes rutinarios para la detección precoz de las enfermedades de los dientes, la boca y la mandíbula.

Servicios odontológicos menores

Servicios dentales generales:

- Radiografías

- Anestesia local intraoral en relación con servicios dentales menores

Servicios profilácticos:

- Eliminación del sarro y pulido
- Limpieza dental profesional
- Evaluación del estado de la higiene bucal
- Fluorización local para *menores de edad*
- Sellar las fisuras de los dientes sin caries para los *menores de edad*

Servicios conservadores:

- Empastes simples relacionados con la cavidad
- El *tratamiento* de conducto radicular en relación con un empaste simple siguiente

Servicios quirúrgicos:

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

Servicios prestados para enfermedades de la mucosa oral y el periodonto:

- Preparación y documentación del estado del periodonto
- Tratamiento local de enfermedades de la mucosa oral
- Cirugía periodontal (especialmente la eliminación de concreciones subgingivales y el alisado radicular) procedimiento cerrado; la profundidad de la bolsa debe ser superior a 3 milímetros
- Cirugía de colgajo, legrado abierto incluyendo la osteoplastia; la profundidad del bolsillo debe ser de más de 5 milímetros y el procedimiento cerrado ya se realizó antes

Inserción de tablillas oclusales:

- Inclusión de una férula oclusal sin ajustar la superficie
- Inclusión de una férula oclusal con ajuste de superficie
- Inspección de una férula oclusal o ajustes de superficie, por ejemplo, aditivo o sustractivo medidas

Análisis funcional y terapia funcional

- Análisis funcional clínico, incluida la documentación
- Registro de la posición central de la mandíbula relacionada con la articulación, incluido el registro del alfiler de soporte (creación de un arco facial, y coordinación de un arco facial con un articulador)

Prótesis dentales

- Impresión o impresión parcial de una mandíbula para un modelo de situación, incluida una evaluación para el diagnóstico o la programación
- Preparación de un programa escrito de tratamiento y cargos por tratamiento protésico
- Preparación de un diente destruido con materiales de aumento de plástico o y un alfiler para recibir una corona
- Empaste de incrustaciones
- Ayuno adhesivo (acumulación de plástico, alfiler, incrustación, corona, corona parcial)
- La restauración de un diente con una corona completa o parcial
- La inserción de una corona prefabricada en un niño
- Coronas provisionales/puente
- Restauración de un arco parcialmente desdentado con un puente o una prótesis
- Corona y prótesis telescópicas
- Restauración de una mandíbula desdentada con una prótesis total o parcial

Servicios de implantología

- Análisis relacionados con los implantes
- Uso de una férula de orientación/férula de posicionamiento
- Inserción de implantes; sólo 4 implantes por mandíbula y dentadura postiza de soporte
- Exposición de un implante
- Inserción de material de aumento (hueso y/o material de sustitución ósea)
- Elevación del suelo de los senos paranasales

El tratamiento previo y posterior, por ejemplo, el tratamiento dental en relación con las prótesis dentales, se reembolsa de la misma manera que los gastos en relación con los cuales se prescriben o se prestan

Tratamiento de ortodoncia

Tratamiento de ortodoncia para niños menos de 18 años de edad, incluyendo aparatos y retenedores metálicos y un presupuesto odontológico. La necesidad médica de tratamiento ortodóntico es evaluada por nosotros en base al Índice de Necesidades de Tratamiento Ortodóntico (IOTN) de la Sociedad Británica de Ortodoncia.

No cubriremos los gastos o servicios adicionales como los aparatos especiales, por ejemplo, los brackets linguales, así como el alineador claro, por ejemplo, Invisalign.

Tratamiento dental en caso de accidente

Tratamiento dental como consecuencia de una lesión de los dientes provocada por un *accidente*, causada por un impacto externo directo en la cabeza, por ejemplo, caídas, u otros *accidentes* que causen lesiones por fuerza externa. Quedan excluidas de la prestación las lesiones causadas por comer/ beber o cualquier lesión causada por morder, masticar, apretar o rechinar los dientes. La prescripción del dentista debe confirmar específicamente que el tratamiento es debido a un *accidente*. Tendrá que presentar pruebas del *accidente* mediante un informe médico o policial.

Exclusiones odontológicas generales

- Fluorización de la superficie de los dientes y sellado de fisuras para adultos
- Carillas incluyendo coronas parciales de dientes frontales
- Blanqueamiento o cualquier otro servicio cosmético y estético relacionado
- Sedación/anestesia
- Medidas para aliviar el dolor y la ansiedad, como la *acupuntura*, la hipnosis, la anestesia general, la sedación con gas hilarante, la anestesia del sueño crepuscular

Las excepciones a esta regla son:

- Si un especialista cualificado ha diagnosticado un trastorno de ansiedad, Globality Health cubrirá los gastos de los niños hasta los 12 años de edad.
- Sedación/anestesia general
- En caso de que un tratamiento bajo anestesia local se considerase imposible debido a la incapacidad mental y física del paciente o a su comportamiento anormal, Globality Health reembolsaría los gastos de sedación o de anestesia general

5. Ayuda y soporte a través de los servicios de asistencia

Cuando se padece una enfermedad o se sufre un *accidente* en el extranjero, siempre surgen problemas adicionales: enfrentarse a un idioma extranjero o a una infraestructura médica desconocida; las posibles dificultades a la hora de contactar con los *médicos* o el *hospital* y con la familia en el *país de origen* o en el *país natal*.

Por esta razón, Globality Health ofrece junto a la cobertura del seguro de salud, un amplio catálogo de servicios de asistencia que forman parte de la cobertura y a través de las cuales los *asegurados* recibirán un apoyo activo durante su estancia en el extranjero.

Globality Health ofrece un servicio de apoyo en el extranjero para solucionar situaciones problemáticas así como una ayuda organizativa adecuada.

Estos servicios de asistencia estarán a disposición de los *asegurados* las 24 horas del día. Llamando al número de teléfono indicado en la documentación del seguro, se recibirá asistencia en todo momento mediante personal multilingüe integrado por administrativos, coordinadores de asistencia y *médicos*.

En función de la modalidad de producto elegida, el *asegurado* podrá utilizar los servicios de asistencia en caso de siniestro o de *urgencia*. Tan pronto como finalice la cobertura del seguro, se extinguirá también el derecho a percibir estos servicios.

Nota importante: los servicios de asistencia detallados en los apartados 5.1 y 5.2 pueden variar en función de la modalidad de producto elegida o incluso quedar fuera de la cobertura

5.1 Notas aclaratorias relativas a la asistencia (véase a este respecto el apartado 4.7)

Transporte sanitario y repatriación sanitaria de enfermos y lesionados

La cobertura del transporte sanitario está especificada en los apartados 4.4 y 4.5. Además, el *asegurado* también tiene derecho a un transporte transfronterizo en ambulancia si la atención médica para pacientes ingresados en el país donde se produce la incidencia es inadecuada.

En este caso, Globality Health se hará cargo de los gastos del transporte sanitario/de la repatriación sanitaria siempre y cuando:

- éstos sean necesarios desde el punto de vista médico y ordenados por el facultativo que presta el servicio,
- se obtenga la autorización previa de pago por parte del *centro de servicios de Globality Health* que corresponda.

Tras el acuerdo entre el *centro de servicios de Globality Health* y el *médico* que atienda al paciente, el transporte sanitario o la repatriación sanitaria deberán efectuarse

- a un lugar más adecuado para proseguir el *tratamiento médico*, situado en un tercer país (dentro de la *zona de destino* pactada);
- en caso de siniestro ocurrido fuera del *país de destino*, al actual lugar de residencia de la persona asegurada en el *país de destino* o bien
- al último lugar de residencia permanente de la persona asegurada en su *país de origen* o *país natal*.

En caso de necesidad médica, se organizará también un traslado con supervisión médica hasta el lugar adecuado para el tratamiento.

Información sobre la infraestructura médica

A través del correspondiente *centro de servicios de Globality Health*, el *asegurado* recibirá información sobre las posibilidades de asistencia sanitaria en el *país de destino* en caso de siniestro o de *urgencia*. Asimismo, el *centro de servicios* se encargará de facilitar información acerca de *médicos* y servicios hospitalarios disponibles en el *país de destino* que hablen español, inglés, alemán o francés así como de *hospitales*, *clínicas especializadas* y las posibilidades de traslado.

Asistencia e información

El *asegurado* podrá solicitar, ya desde el momento en que tenga que someterse a los primeros cuidados en el *país de destino* por teléfono los servicios médicos de su *centro de servicios de Globality Health*.

En la medida de lo técnicamente posible, el *centro de servicios* estará a disposición del *asegurado* para, cuando este lo solicite, informar a sus familiares sobre el siniestro o la *urgencia*. El *asegurado* puede solicitar, a través de su *centro de servicios de Globality Health*, una *Segunda Opinión Médica*

(*Second Opinion*), es decir, un segundo diagnóstico médico, en el caso de enfermedades con riesgo de muerte o de alteraciones crónicas graves del estado de salud. Los *centros de servicios de Globality Health* prestarán apoyo a los *asegurados* a la hora de programar el ingreso y el alta hospitalaria.

Asimismo, en caso de hospitalización y asistencia médica que se preste en régimen ambulatorio para evitar el internamiento hospitalario, será posible realizar el seguimiento de la evolución de la enfermedad a través de los *médicos* del correspondiente *centro de servicios de Globality Health* y de los coordinadores de los servicios de asistencia. Además, en caso de hospitalización y asistencia médica que se preste en régimen ambulatorio para evitar el internamiento hospitalario, cabe la posibilidad de que entre los *médicos* se coordine el tratamiento a llevar a cabo en el transcurso de la enfermedad.

Garantía de pago

En caso de *urgencia* que implique un tratamiento hospitalario, el *asegurado* deberá ponerse en contacto con su *centro de servicios de Globality Health* de forma inmediata. Para una hospitalización programada deberá ponerse en contacto con su *centro de servicios* como mínimo 7 días antes del ingreso; este mismo proceso deberá observarse en el caso de intervenciones quirúrgicas ambulatorias. Para poder valorar la cobertura del tratamiento programado precisamos un presupuesto del coste estimado así como un informe médico incluyendo el diagnóstico, anamnesis y tipo de tratamiento.

Sólo a través de este procedimiento podrá gestionarse, en caso de hospitalización programada o de tratamiento hospitalario de *urgencia*, a través del *centro de servicios de Globality Health*, el pago directo a los *médicos* o al *hospital*, incluyendo el dictamen facultativo sobre la razonabilidad de las facturas médicas. Además Globality Health se encargará, si así lo desea el *asegurado*, de acordar con el *hospital* el envío de las facturas y la forma de pago, procurando organizar un pago centralizado. En este caso, el *centro de servicios* informará al titular por escrito o mediante correo electrónico, del método adoptado.

Por favor, observe que en algunas zonas geográficas los prestadores de servicios sanitarios suelen pedir los datos de la tarjeta de crédito como garantía de pago. En el caso de que

se aplique una *franquicia*, o si los gastos superan los límites pactados en la *póliza de seguro*, podrán adeudarse en su tarjeta de crédito dichos importes.

Apoyo organizativo en caso de fallecimiento, participación en los costes de repatriación

También en caso de fallecimiento en el extranjero el *asegurado* recibirá apoyo a través de su *centro de servicios de Globality Health*.

El *centro de servicios de Globality Health*

- se encarga de conseguir la partida de defunción o el parte de *accidentes*, siempre y cuando esté permitido legalmente,
- se pondrá en contacto con las autoridades y el consulado en el extranjero,
- determinará qué familiares del difunto están autorizados para ordenar la repatriación o la incineración del difunto,
- iniciará, según la reglamentación del país en cuestión, todos los trámites para una repatriación, una incineración o un sepelio local.

Globality Health se hará cargo de

- los gastos ligados a la repatriación del fallecido al *país de origen* o natal (incluyendo los trámites), así como los gastos de un miembro de la familia que viaje con los restos mortales, si acompañaba al *asegurado* fallecido en el momento de fallecer,
- en caso de incineración en el *país de destino*, los gastos de repatriación de la urna al *país de origen* o natal, así como los gastos de un miembro de la familia que viaje con los restos mortales, si acompañaba al *asegurado* fallecido en el momento de fallecer.

No se asumirán los gastos habituales de sepelio.

Servicio adicional de asistencia médica razonable

El *centro de servicios de Globality Health* correspondiente, proporcionará al *asegurado*, independientemente de que se haya producido un siniestro, toda la información útil para la preparación del viaje, ya sea relativa a aspectos generales (información sobre el país, trámites de aduanas) o *médicos* (consejo sobre vacunas, información médica por teléfono) y ofrecerá consejos relativos al contenido y la compra de un botiquín de viaje/de *urgencia*.

En el caso de que un *asegurado* enferme, éste podrá obtener, a través de su *centro de servicios de Globality Health*, toda la información sobre el tipo de enfermedad, las posibles causas y las posibilidades de tratamiento de la enfermedad así como una explicación de la terminología médica especializada.

Asimismo, el *centro de servicios de Globality Health* facilitará información acerca de *medicamentos* o preparados idénticos/equivalentes y sus efectos secundarios e interacciones. En caso de asistencia médica ambulatoria, el *centro de servicios de Globality Health* aclarará el *tratamiento médico* y la evolución de la enfermedad si fuera necesario mediante consulta entre *médicos*, y se ocupará del seguimiento de la evolución de la enfermedad y de su tratamiento posterior.

Servicios on-line

En nuestra página web www.globality-health.com incluye una zona segura donde podrá acceder directamente a numerosos servicios online especialmente útiles. Le daremos información sobre cómo acceder a esa zona segura junto con su tarjeta *Globality Service Card*.

5.2 Notas aclaratorias relativas a los servicios adicionales (véase al respecto el apartado 4.8)

Obtención de *medicamentos*

En el caso de que la vida del *asegurado* dependa de la ingestión de un *medicamento* que no esté disponible en el *país de destino*, se podrá solicitar al correspondiente *centro de servicios de Globality Health* que se ocupe de la adquisición y envío de estos *medicamentos* provistos de una autorización legal, siempre y cuando la normativa legal vigente permita su adquisición e importación.

Gastos de viaje de un *asegurado* para estar con un familiar en peligro de muerte o que haya fallecido

Si un *asegurado* se ve obligado a regresar a su *país de origen* debido a una enfermedad/*accidente* grave o al fallecimiento de un familiar, Globality Health reembolsará, los gastos de transporte (viaje en tren en primera clase, vuelo en clase turista) hasta el lugar de residencia o de hospitalización del familiar, en caso de enfermedad grave o *accidente*; o hasta el lugar de entierro, en caso de fallecimiento del familiar. Se consideran enfermedades graves y *accidentes* graves los que

ponen en peligro la vida del familiar. A los efectos de esta cobertura, se consideran familiares el cónyuge o la pareja de hecho, así como los padres e *hijos* del *asegurado*. Los gastos de transporte de ida y vuelta por enfermedad grave y *accidente* grave sólo son reembolsables a condición de que se contacte previamente con el *centro de servicios de Globality Health* correspondiente. Los gastos de transporte por fallecimiento sólo se reembolsan previa presentación del certificado de defunción.

Gastos de viaje de una persona acompañante en caso de repatriación sanitaria de un *asegurado*

En el caso de una repatriación médicamente necesaria de un *asegurado*, para la que hayamos autorizado el pago de acuerdo al apartado 5.1 de las Condiciones Generales, reembolsaremos los gastos de transporte (viaje en tren de primera clase, vuelo en clase turista) de una persona que acompañe al *asegurado* hasta su último lugar de residencia en su *país de origen*, o hasta el lugar, en el que el *asegurado* recibirá *tratamiento médico* en régimen hospitalario tras la repatriación.

Organización de viajes

Si el regreso desde el *país de destino* se demorase a causa de una *urgencia* médica que impida el viaje, el *centro de servicios de Globality Health* se ocupará de modificar las reservas de alojamiento y de los vuelos.

Visita de familiares

En el caso de que el *asegurado* tuviera que someterse a un *tratamiento médico* hospitalario como consecuencia de una *urgencia* médica (tanto en el *país de destino* como durante un viaje de vacaciones o de negocios), se organizará la visita por parte de un familiar a la persona convaleciente. A tal fin, el *centro de servicios de Globality Health* responsable organizará el desplazamiento de un familiar hasta el *hospital* y desde allí de vuelta al lugar de residencia, si la estancia en el *hospital* dura más de 7 días. Globality Health asumirá los gastos de transporte (viaje en tren de primera clase; vuelo en clase turista) y de alojamiento en hotel (7 días) hasta los importes máximos mencionados, con la condición de que se informe previamente al correspondiente *centro de servicios de Globality Health*.

Organización del regreso o de la asistencia de los hijos

Si, a consecuencia de una *urgencia* médica, es necesario el tratamiento hospitalario de ambos padres en el *país de destino*, Globality Health asumirá la organización de una asistencia in situ a través de un servicio especializado para menores durante la estancia *hospitalaria*.

En el caso de que durante las vacaciones (de un máximo de 6 semanas) ambos padres sufran una *urgencia* médica que obligue a su tratamiento hospitalario, los *hijos menores de edad* tendrán derecho a un viaje de regreso, incluyendo un servicio de acompañamiento, hasta su actual lugar de residencia en el *país de destino*.

Prestación de ayuda en caso de defensa legal

El *centro de servicios de Globality Health* podrá designar a abogados o peritos en todo el mundo con conocimientos de inglés, español, alemán o francés. En caso necesario, el *centro de servicios de Globality Health* facilitará un anticipo de los gastos de defensa legal, un adelanto de las costas judiciales o un anticipo de una fianza penal. El anticipo en ningún caso se efectuará directamente por parte del *centro de servicios de Globality Health*; éste se pondrá en contacto, por ejemplo, con su banco o los parientes y ayudará a transferir el importe.

Telemedicina

La aseguradora ofrece a todos los *asegurados* acceso a servicios de telemedicina. En colaboración con un proveedor externo, el asegurador ofrece una aplicación gratuita (iOS y Android). El acceso está disponible para todos los *asegurados* a partir de los 18 años que tengan una cobertura de seguro vigente en el marco del contrato colectivo y que hayan dado su consentimiento para el tratamiento de los datos personales. El acceso y los datos están protegidos mediante tecnología avanzada para evitar cualquier posible brecha de seguridad.

Los servicios disponibles son: Consulta telefónica, videoconsulta y chat. Todos los servicios se prestan en inglés, alemán y español y pueden utilizarse las 24 horas del día.

6. Exclusiones

¿En qué supuestos se excluye la cobertura?

Actuar o viajar en contra de la recomendación médica/no visitar al médico

No cubriremos el tratamiento requerido como resultado de no visitar al *médico* o de no seguir su consejo, o como resultado de viajes realizados en contra de la recomendación médica.

Asistencia médica prestada por el cónyuge, pareja de hecho, padres o hijos

El asegurador no corre con los gastos de los servicios médicos prestados por el cónyuge, la pareja de hecho, los padres o los *hijos*. Sin embargo, se reembolsan los gastos en especie necesarios para la terapia, previa presentación de los justificantes y de acuerdo con la modalidad de seguro elegida.

Cambio de sexo

No cubriremos el cambio de características sexuales biológicas a través de cirugías o *tratamientos* hormonales, para aquellos del sexo opuesto.

Cirugía estética/plástica

Costos resultantes de cirugía cosmética o cirugía plástica no serán reembolsados.

Complicaciones provocadas por una cobertura excluida

No cubriremos los gastos provocados por complicaciones directamente causadas por o asociadas a enfermedades, lesiones o tratamientos cuya cobertura hayamos excluido o limitado en el marco de la modalidad de cobertura contratada.

Contaminación nuclear, química y biológica

Se excluyen de la cobertura las enfermedades y accidentes, así como sus consecuencias, atribuibles a energía nuclear (reacciones nucleares, radiaciones y contaminación), así como las enfermedades y accidentes y sus consecuencias causadas por armas biológicas o químicas.

Enfermedades y accidentes, incluidas sus secuelas, derivados de dolo (Lesiones autoinfligidas incluyendo el intento de suicidio)

El seguro no cubre las enfermedades y *accidentes*, ni sus secuelas, que se fundamenten en acciones dolosas. Se entiende que una enfermedad o *accidente* ha sido provocado por dolo cuando la persona que actúa es de alguna forma consciente de las consecuencias de su acto y acepta el posible resultado.

Ensayos clínicos, tratamientos experimentales y de investigación

No cubriremos ninguna forma de tratamiento o terapia farmacológica que consideremos experimental o de investigación. Un servicio, tecnología, suministro, procedimiento, tratamiento, medicamento, dispositivo, instalación, equipo o producto biológico se considera experimental o de investigación cuando no cumple con los requisitos siguientes:

- Debe tener una autorización definitiva y una aprobación claramente establecida por parte de al menos uno de los siguientes organismos: EMA (Agencia Europea de Medicamentos), FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos – fase III completada), Red Europea de Evaluación de Tecnología Sanitaria (EUnetHTA). La aprobación provisional no es suficiente. La aprobación sólo es válida para las indicaciones y enfermedades correspondientes. En el caso de procedimientos y guías de vías clínicas aprobadas, debe estar claramente indicada como tal en una de las siguientes directrices: NICE (National Institute for Health and Care Excellence), Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS), AHRQ National Guideline (Agency for Healthcare Research and Quality – National Guideline Clearinghouse).
- Toda aprobación y directriz debe ser concluyente y no puede establecer la necesidad de más investigación, o bajo el entorno de investigación, o evidencia limitada, o evidencia insuficiente o falta de utilidad clínica.

Epidemias, pandemias y brotes de enfermedades

Los gastos relacionados con tratamientos y/o transporte sanitario y/o repatriación sanitaria originados directa o indirectamente por epidemias o pandemias o brotes de enfermedades de similar magnitud que estén bajo control de la autoridad local no serán reembolsados, salvo que haya acuerdo contrario escrito.

Estados de dependencia y necesidad de internamiento

No se asumen los gastos derivados de la estancia en un centro como consecuencia de un estado de dependencia.

Esterilización, disfunción sexual y anticoncepción

No cubriremos ningún procedimiento que tenga como objetivo hacer que una persona sea incapaz de reproducirse, ningún procedimiento, tratamiento o medicación para prevenir

un embarazo o cualquier tratamiento de disfunción sexual (a menos que sea parte de un tratamiento de FIV).

Fuerza mayor

Los gastos relacionados con tratamientos y/o evacuaciones médicas y/o repatriaciones derivadas directa o indirectamente de fuerzas mayores y cuando se impida la prestación de asistencia, o cuando la situación queda fuera de nuestro control por las autoridades locales, no serán reembolsados, a menos que se acuerde otra cosa por escrito. Las causas de fuerza mayor pueden incluir, pero no se limitan a eventos que son impredecibles, imprevisibles o inevitables, tales como terremotos, condiciones atmosféricas extremadamente severas, incendios, inundaciones, deslizamientos de tierras, hundimientos y cualquier otro acto o evento que está fuera de nuestro control.

Gastos de transporte

Quedan excluidos de la cobertura los gastos de transporte que no sean servicios de ambulancia de *urgencia*, a menos que hayamos dado una autorización previa por escrito.

Gastos hospitalarios no médicos

Gastos del acompañante, todos los consumibles no médicos y alimentación especial, así como todos los gastos relativos a medios de comunicación (como televisión y radio) no están cubiertos.

Guerras, disturbios internos, terrorismo

No están cubiertas las enfermedades y sus secuelas ni las consecuencias de *accidentes* y fallecimientos resultantes de acontecimientos bélicos, disturbios internos o actos terroristas, a menos que el *asegurado* sufra sus lesiones como tercero ajeno a los sucesos que no se haya enfrentado al peligro de forma deliberada o negligente y siempre y cuando no se haya desplazado, de forma intencionada, a una zona conflictiva.

No se asume la cobertura en ningún caso cuando el tercero ajeno se traslade a un territorio afectado directamente por el conflicto bélico o cuando preste servicios para una parte implicada en las operaciones militares o los disturbios. Esta exclusión rige independientemente de que se haya producido una declaración de guerra o no.

Si durante su estancia el *asegurado* tuviera conocimiento de la guerra, disturbios internos o actos terroristas, el seguro le cubrirá sólo en los casos de *urgencia* médica (como medidas necesarias para salvar su vida) y únicamente durante el tiempo en que, por causas ajenas a su voluntad, no sea posible para el *asegurado* abandonar el país o la región en cuestión y en todo caso por un plazo máximo de 28 días.

Lesiones causadas por el servicio militar

No cubriremos las enfermedades y accidentes y sus consecuencias, que se produzcan mientras el *asegurado* esté cumpliendo sus deberes militares.

Madre de alquiler

No asumiremos los gastos por tratamientos directamente relacionados con una madre de alquiler, tanto si es usted la madre de alquiler como si se trata de los padres interesados. Los niños nacidos de una madre de alquiler están excluidos de la cobertura.

Medidas de desintoxicación, incluidas curas de desintoxicación

Las medidas de desintoxicación, incluidas las curas de drogodependencias y del alcoholismo quedan fuera de la cobertura del seguro. Sin perjuicio de ello, Globality Health garantizará las prestaciones correspondientes a una primera medida de desintoxicación, para la que no exista otra forma de reclamar un reembolso de los gastos o una prestación en especie. En caso de medidas de desintoxicación hospitalarias, sólo serán reembolsables los gastos relativos a los servicios básicos del *hospital*, incluyendo las prestaciones médicas y los *medicamentos*. No queda cubierto ningún otro tratamiento adicional causado por o asociado directamente al uso nocivo, peligroso o adictivo de cualquier sustancia, incluidas alcohol y drogas.

Necesidad de cuidados de dependencia

No reembolsaremos ningún gasto de alojamiento en relación con la necesidad de cuidados de dependencia.

Pruebas genéticas

No seremos responsables de los gastos de pruebas genéticas, excepto cuando las pruebas genéticas expresamente mencionadas se incluyen dentro de su plan, o si se acuerda específicamente lo contrario por escrito.

Spas y masajes relajantes

No cubriremos las estancias o tratamientos en casas de reposo, balnearios, spas, centros de reposo o residencias de descanso, incluso mediando prescripción médica. Esto también incluye los baños termales, las saunas y cualquier tipo de masajes relajante.

Terapia a través de determinados médicos, odontólogos y otros terapeutas, así como en determinados hospitales

Aquí se incluyen los tratamientos llevados a cabo por *médicos, odontólogos, otros terapeutas* así como en *hospitales* cuyas facturas se hayan excluido del reembolso por algún motivo importante. No obstante, el asegurador queda liberado de su *obligación* de prestación únicamente con respecto a los siniestros que se produzcan después de que el titular o sus *beneficiarios* hayan sido informados de esta exclusión. En caso de que ya hubiera acaecido un siniestro en el momento de la comunicación, sólo se extinguirá la *obligación* de reembolso respecto a los gastos que se originen una vez transcurridos los tres meses desde la comunicación.

Terapias y tratamientos en sanatorios, centros de reposo y asilos, así como medidas específicas de rehabilitación

No se cubrirán las terapias y tratamientos en sanatorios o centros de reposo y asilos. Sin embargo, dependiendo de la modalidad de póliza contratada, le reembolsaremos una parte de los gastos para el seguimiento de la rehabilitación.

Terminación del embarazo

Cubrimos la terminación del embarazo en caso de que peligre la vida de la mujer embarazada o si el feto se ha vuelto inviable, y sólo si la hemos autorizado por escrito antes de comenzar el tratamiento. Las condiciones anteriores deben ser acreditadas por los informes de investigación médica pertinentes y un informe médico, en el que se hagan constar las razones de la terminación del embarazo.

Trastornos del desarrollo

No cubriremos ningún servicio, terapia, pruebas educativas o de formación relacionados con discapacidades o trastornos del desarrollo psicológico, tales como retrasos en el desarrollo, en las habilidades de aprendizaje, trastornos generalizados, retraso mental, discapacidad perceptiva, daño cerebral que no sea causado por *accidente* o enfermedad, disfunción cerebral mínima, dislexia o la apraxia.

Vista

No cubriremos ningún tratamiento o cirugía para corregir la vista, como tratamientos láser, queratotomía refractiva (RK) y queratectomía fotorreactiva (PRK).

Vitaminas y minerales

No asumiremos los gastos de productos clasificados como vitaminas o minerales (excepto cuando sean médicamente necesarios durante el embarazo o para el tratamiento de síndromes diagnosticados clínicamente importantes por un déficit de vitaminas), suplementos nutricionales y/o dietéticos, incluyendo, entre otras cosas, las leches formuladas infantiles y los productos cosméticos, incluso si se han recomendado, prescrito o reconocido por el *médico* con efectos terapéuticos. No se cubren los productos nutricionales, tónicos, aguas minerales, cosméticos, productos de higiene y cuidado del cuerpo y aditivos para el baño.

Otras limitaciones de prestación

Si el tratamiento u otra medida para los que se hayan acordado prestaciones superan lo médicamente necesario o si la cantidad reclamada no se encuentra dentro de medida de lo usual, acostumbrado y razonable, podremos reducir la cobertura hasta un importe usual, acostumbrado y razonable. En tal caso usted o la persona asegurada deberán correr con los gastos que excedan de lo usual, acostumbrado y razonable ya que no cubrimos la parte de los gastos que superen lo usual, acostumbrado y razonable.

Nos reservamos el derecho de valorar, a través de *médicos* colaboradores, cualquier coste o estimación del mismo con el fin de determinar si los gastos pueden ser considerados dentro de lo usual, acostumbrado y razonable. Si existiese un derecho a recibir prestaciones de un seguro público de enfermedad, de un seguro público de *accidentes* (mutua de *accidentes* de trabajo) o seguro privado de *accidentes*, de un seguro público de pensiones o a percibir prestaciones de otra entidad/prestador, el asegurador únicamente está obligado a asumir aquellos gastos que, a pesar de estas prestaciones, sigan siendo necesarios.

Atendiendo al interés de todas las partes involucradas, seguiremos las normas vigentes de sanciones internacionales. No se considerará que asumamos la cobertura y no seremos responsables de pagar ningún reembolso o proporcionar nin-

gún servicio bajo esta *póliza de seguro* en la medida en que la prestación de dicha cobertura, pago de dicho reembolso o la prestación de tales servicios pudiera exponernos a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas, a las sanciones comerciales o económicas, leyes o reglamentos de la Unión Europea o el Reino Unido, o a las sanciones en los Estados Unidos de América.

7. Procedimiento y disposiciones en caso de siniestro

7.1 Necesidad médica

Son médicamente necesarias todas las medidas médicas adecuadas, basadas en normas médicas aprobadas a nivel internacional en el momento y lugar respectivos, que se utilicen para diagnosticar, tratar, curar o aliviar una enfermedad, dolencia o lesión y que sean consideradas como adecuadas por el asegurador.

Estas medidas

- a) deben ser realizadas en un centro sanitario autorizado y habilitado por las autoridades del país en el que se preste el tratamiento.
- b) deben ser las más adecuadas teniendo en cuenta tanto la seguridad del paciente como la rentabilidad.
- c) deben ajustarse al diagnóstico, los síntomas o el tratamiento de la enfermedad en cuestión.
- d) deben ser clínicamente adecuadas, en cuanto a tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración, y consideradas eficaces para la enfermedad, lesión o dolencia del paciente.
- e) No podrán ser utilizadas únicamente para la comodidad del paciente, de los profesionales sanitarios médicos, los *terapeutas* o los *médicos*.
- f) No podrán ser destinadas para fines de ensayo clínico, experimentales, de investigación o cosméticos (véase el número 6).
- g) no podrán ser realizadas para fines de investigación y atención preventiva

7.2 Requisitos a tener en cuenta en caso de siniestro

Para todos los servicios programados en régimen de internamiento hospitalario y de hospitalización parcial o de día, debe ponerse en contacto con nosotros con antelación para obtener una autorización previa y acudir a nuestros prestadores de servicios sanitarios preferentes. Para ello, debe ponerse en contacto con su *centro de servicios de Globality Health* con un mínimo de 7 días de antelación al inicio previsto del tratamiento. Si no recibe autorización previa o decide no acudir a uno de los prestadores de servicios sanitarios recomendados por el *centro de servicios de Globality Health*, nuestro reembolso se limitará al 80% de los gastos admisibles (véase el apartado 4.9)

Para los servicios ambulatorios y dentales el *asegurado* podrá elegir libremente entre todos los médicos u odontólogos que, en el país en el que se tenga que llevar a cabo la terapia,

dispongan de la licencia para realizar el *tratamiento médico* o dental, y entre otros *terapeutas* que posean una formación reconocida y sólida en su ámbito de actividad. Sólo se reembolsarán los gastos derivados de aquellos servicios médicos y dentales que, según las reglas de la ciencia médica y odontológica, sean precisos para un tratamiento necesario desde el punto de vista médico.

En caso de reembolso de gastos de trabajo de laboratorio y materiales técnicos odontológicos, se toma como base los precios medios en el respectivo país de destino. Las prótesis dentales, los implantes y la ortodoncia también se considerarán servicios del odontólogo aún cuando sean llevadas a cabo por un médico. No son objeto de la asistencia médica ambulatoria u hospitalaria.

Globality Health reembolsa las prestaciones médicas y odontológicas, así como los servicios de otros *terapeutas*, siempre y cuando las tasas se calculen dentro de los baremos típicos de cada país y sean razonables. También serán reembolsables los gastos que superen los importes máximos de estos baremos, siempre y cuando estén justificados por dificultades ocasionadas por la enfermedad o por el diagnóstico y se calculen de forma razonable. En el caso de servicios de otros profesionales sanitarios, como p.ej. masajistas, comadronas o *terapeutas* paramédicos en medicina complementaria para los que posiblemente no exista un baremo en el *país de destino*, el reembolso se orientará por las remuneraciones equivalentes para los *médicos* o en función de los precios normales aplicados por dichos servicios en el país de tratamiento.

En los términos estipulados en el contrato, están cubiertos los medios de diagnóstico o métodos terapéuticos y *medicamentos* que tengan el reconocimiento mayoritario en la medicina convencional. Globality Health también cubre los métodos y *medicamentos* que hayan mostrado su eficacia en la práctica o que se apliquen en tanto que no exista un método o *medicamento* de la medicina convencional; no obstante, Globality Health se reserva el derecho de reducir el reembolso hasta el importe total del gasto que se habría generado de haberse aplicado métodos y *medicamentos* de la medicina convencional.

7.3 Procedimiento en caso de siniestro

Globality Health siempre procurará, atendiendo al interés del *asegurado*, tramitar los reembolsos y prestaciones lo más rápidamente posible. Para ello es necesario que, inmediatamente después de finalizar el tratamiento, se reclame el derecho al reembolso de los gastos mediante la presentación de justificantes.

a) El asegurador únicamente estará obligado a reembolsar las prestaciones cuando se aporten los justificantes requeridos; éstos pasarán a ser de su propiedad. El asegurador se reserva el derecho de archivar estos datos.

b) Nota importante:

Salvo que se haya pactado otra cosa, el *asegurado* deberá enviar los justificantes directamente a su *centro de servicios de Globality Health*. Para la justificación de gastos, deberían presentarse documentos originales que deben corresponder a las disposiciones legales de emisión de facturas propias del país (véase los requisitos del apartado 7.4). Para facilitar la tramitación y abonar los reembolsos lo antes posible, se acepta también el envío de los justificantes de gastos por fax, correo electrónico o a través del sitio web de Globality S.A., en la medida en que la calidad de la transmisión permita su posterior tramitación. En caso de intereses fundados el asegurador podrá solicitar los documentos originales. En la medida en que otra entidad aseguradora u otra institución hayan participado en los gastos, serán suficientes las copias de los justificantes de gastos con la nota original del reembolso. Globality Health también puede pagar con efecto liberatorio a portadores o remitentes de justificantes que estén en regla.

c) Por norma general, los derechos a la prestación del seguro no pueden ser cedidos ni pignorados (exceptuando lo mencionado en el apartado 7.6 a).

7.4 Contenido de los justificantes de gastos

a) Las facturas deben incluir:

- el nombre y los apellidos, así como la fecha de nacimiento del *asegurado*;
- la denominación exacta de la enfermedad especificada por el *médico* (diagnóstico) o bien, en su defecto, una descripción del cuadro sintomático;
- cada uno de los actos *médicos* realizados, con las fechas del tratamiento y los precios concretos;
- cuando se trate de servicios odontológicos, se deberán indicar también los dientes tratados o sustituidos y cada prestación llevada a cabo.

b) Además, habrá que tener en cuenta lo siguiente:

- entregar todos los justificantes, en la medida de lo posible, en español, inglés, alemán, francés u holandés y usando números arábigos y caracteres latinos (a,b,c, . 1,2,3, .), así como los *Códigos CIE (ICD) 9 ó 10* (Clasificación Internacional de Enfermedades);
- en las prestaciones deberán figurar de forma clara el nombre y apellido(s) del *asegurado*, así como su fecha de nacimiento, el *medicamento* prescrito, el precio y la nota de recibo;
- las prescripciones deberán ser presentadas junto con la correspondiente factura del *médico*, o las facturas correspondientes a los medios de fisioterapia y medios auxiliares;
- en caso de que, en lugar del reembolso de los gastos, se solicite una *indemnización diaria sustitutiva por hospitalización*, deberá presentarse un certificado de la hospitalización, en el que figuren el nombre y apellido(s), así como la fecha de nacimiento de la persona sometida a tratamiento, la denominación de la enfermedad, así como la fecha de ingreso y alta, incluyendo cualquier día de suspensión de la hospitalización.

Para la solicitud de prestaciones y reembolsos se deberá utilizar, de ser posible, el Formulario de Reembolso disponible en la página web de Globality Health o en el correspondiente *centro de servicios de Globality Health*. La entrega de este documento firmado por el *médico* permite agilizar la solicitud de reembolso. Por lo general se evitarán consultas adicionales para aclarar la solicitud, que puedan conllevar un retraso.

7.5 Procedimiento en caso de accidente/urgencia

Los *asegurados* podrán ponerse en contacto con Globality Health las 24 horas del día. En todos los documentos se encontrará las direcciones, números de teléfono o direcciones de correo electrónico. Tras la ocurrencia de un evento asegurado importante, en particular tras un *accidente*, una *urgencia* o en caso de ingreso hospitalario, la *persona asegurada* o su representante debe ponerse en contacto con el *centro de servicios de Globality Health* lo antes posible para que podamos prestarle apoyo y asistencia.

7.6 Tramitación de los reembolsos

a) Solicitud de prestaciones hospitalarias

A petición del titular, los gastos determinados, como, por ejemplo, el coste diario por la asistencia del paciente, los gastos adicionales de estancia en habitación individual o

doble o el coste de un transporte de *urgencia*, serán pagados directamente al emisor de la factura. Además, existe la posibilidad de que el *asegurado* ceda al prestador del servicio el correspondiente derecho de reembolso exigible; por ejemplo, mediante una declaración de cesión en beneficio del *hospital*. No obstante, una liquidación directa de los gastos—siempre que así lo permitan las circunstancias de cada país—sólo será posible con el consentimiento del *hospital*.

b) Reembolso de prestaciones ambulatorias y odontológicas.

El *asegurado* es el contratante de los servicios del *médico* u otro *terapeuta*. Éste, al iniciarse la terapia, concluirá con el *asegurado* un contrato de prestación de *servicios médicos*, en base al cual emitirá posteriormente su factura.

El *asegurado* podrá presentar esta factura ante su *centro de servicios de Globality Health*, que se hará cargo de abonarle el reembolso según lo estipulado en el contrato de seguro.

7.7 Reembolso de los gastos

El *asegurado* recibirá las prestaciones en régimen de reembolso de gastos, es decir, se reintegrarán los gastos reembolsables derivados de la asistencia médica. Como servicio especial, podemos, si el *asegurado* lo desea, pagar todos los gastos reembolsables directamente al emisor de la factura, siempre y cuando este acepte un pago directo y no existan inconvenientes legales al respecto (compárese con el punto 7.6 a).

7.8 Moneda contractual

La moneda de base de los contratos de Globality es el euro (€). Como moneda contractual también pueden utilizarse el dólar estadounidense (\$). El tipo de cambio para esta moneda será revisado y ajustado por el asegurador, en caso necesario, en enero y julio de cada año. Esto puede conllevar un aumento o una disminución en las primas, cuando el contrato se realice en una moneda que deba adaptarse al cambio del euro.

7.9 Tipo de cambio

Reembolsaremos las facturas en la moneda acordada previamente con usted. Los gastos generados en moneda extranjera, serán convertidos al tipo de cambio oficial existente a fecha de emisión de la factura médica enviada. Esto será efectivo a menos que recibamos los extractos bancarios indicando que compró la moneda necesaria a un tipo de cambio menos ventajoso para pagar las facturas.

8. Obligaciones

- a) Todo ingreso hospitalario programado debe comunicarse al *centro de servicios de Globality Health* correspondiente con 7 días de antelación; de lo contrario, nuestro reembolso se limitará al 80 % de los gastos admisibles (véase el apartado 4.9).
- b) El *asegurado* está obligado, a petición de Globality Health o de su *centro de servicios de Globality Health*, a proporcionar cualquier información que sea necesaria para la comprobación del siniestro o de la *obligación* de prestación y el alcance de la misma. Asimismo, el *asegurado* deberá permitir al asegurador como al *colaborador de asistencia* recabar la información que se precise para ello (en concreto, liberándole del secreto profesional).
- c) El *asegurado* está obligado a someterse al examen de un *médico* designado por el asegurador cuando éste así lo requiera. Globality Health asumirá tanto el coste derivado del examen *médico* como los posibles gastos de desplazamiento ocasionados por la visita, previa presentación de los justificantes correspondientes.
- d) El *asegurado* deberá poner todos los medios a su alcance para reducir las consecuencias del siniestro y abstenerse de llevar a cabo cualquier acción que obstaculice el restablecimiento.
- e) Usted y los beneficiarios deberán prestar atención a los costes en caso de siniestro y contribuir a limitar los gastos del *tratamiento médico* en la medida necesaria. Esto puede incluir optar por *medicamentos* genéricos en lugar de *medicamentos* originales.

En caso de incumplimiento de alguna de las *obligaciones* mencionadas en los apartados 8 a) a e), y dentro de las limitaciones previstas en las disposiciones legales, el asegurador quedará liberado de la *obligación* de prestación o reembolso o tendrá derecho a reducir la cuantía del mismo. No obstante, esto no se aplica si no se actuó con dolo ni negligencia grave. El titular de la póliza es el responsable en caso de conocimiento e incumplimiento por parte de sus beneficiarios.

Cesión de derechos frente a terceros

En caso de que el *asegurado* tenga un derecho de indemnización por daños y perjuicios frente a terceros que no se derive de un contrato de seguro, y sin perjuicio de la subrogación legal, el *asegurado* estará obligado a ceder al asegurador por escrito este derecho – hasta el importe por el cual se fije la indemnización de gastos de acuerdo con las disposiciones del contrato de seguro. Si el *asegurado* renuncia a

tal derecho o a una garantía de percepción del mismo sin el consentimiento del asegurador, éste quedará en este sentido liberado de la *obligación* de prestación o reembolso, en la medida en la que habría podido obtener una indemnización en base a ese derecho o pretensión.

Compensaciones

El *asegurado* sólo podrá compensar una deuda con el asegurador cuando el contracrédito quede fuera de toda discusión o sea establecido por fuerza de ley.

Fraude

Si una reclamación se basa en datos inexactos o falsificados, o de existir terceras personas que, con el consentimiento del *asegurado*, hayan empleado medios fraudulentos para obtener prestaciones ilegítimas del presente contrato, se perderá el derecho a los pagos. Se suspenderán todos los derechos a prestación derivados del presente contrato. Los pagos por siniestros, que se hubieran producido antes de conocer el comportamiento fraudulento, deberán ser restituidos al asegurador en su integridad.

9. Cálculo y pago de la prima

Pago de la prima

La cuantía de la prima, el vencimiento y la forma de pago se rigen por lo estipulado en el contrato colectivo.

En caso de que el asegurador tenga que aplicar una sobreprima, y siempre que en la *póliza de seguro* se especifique una prima, la sobreprima, deberá especificarse por separado.

Si el seguro no comienza o no finaliza el primer y el último día, respectivamente, de un mes natural, sólo deberá pagarse el importe proporcional de la prima correspondiente al primer y al último mes, respectivamente.

Retraso en el pago de la prima

En caso de que el titular de la póliza sea el obligado al pago de la prima, tendrá validez lo siguiente: Si el pago de la prima acordada no se ha efectuado en el plazo de los 10 días posteriores a la fecha de vencimiento, el asegurador podrá reclamar el pago una vez expirado el plazo. Este requerimiento de pago será remitido de forma adecuada a la dirección que, de acuerdo con los datos de que Globality Health disponga, figure como domicilio actual del titular. En caso de que, transcurridos los 30 días desde la fecha del requerimiento, continúe pendiente el pago de la prima, el asegurador quedará liberado de cualquier *obligación* de asumir la prestación derivada de los siniestros que se produzcan tras la finalización del plazo, de acuerdo con el artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro de Luxemburgo de 1997. No obstante, el titular continuará obligado al pago de las futuras primas. Si, transcurridos los 10 días desde la finalización del plazo adicional, continúa sin abonarse la prima, el asegurador podrá ejercer de forma inmediata el derecho de rescisión. Si no se rescinde el contrato, la *obligación* de prestación por parte del asegurador volverá a aplicarse a todos los siniestros nuevos que se produzcan, siempre que el titular haya efectuado el pago de todas las primas pendientes junto con el coste, debidamente documentado, generado por el retraso en el pago. En este caso, la cobertura de seguro comenzará a las 0.00 horas del día siguiente a la recepción por parte del asegurador o por una persona autorizada, de todos los importes debidos. Sin embargo, no existirá una *obligación* de prestación por parte de Globality Health en caso de que el titular de la póliza efectúe el pago a partir del momento en el que ya tuviera constancia del siniestro. Si durante un período de más de 2 años no se hubiese realizado ningún pago de la prima, el contrato de seguro se considerará rescindido.

10. Información general

10.1 Modificación de las Condiciones Generales

Podremos modificar las Condiciones Generales. Le informaremos por escrito de las condiciones generales modificadas como mínimo tres meses antes del vencimiento anual de la *póliza de seguro*.

Entrarán en vigor al comienzo de la anualidad posterior a la fecha de notificación.

Si no está conforme con la modificación de las Condiciones Generales, tendrá derecho a rescindir su *póliza de seguro* en el plazo de tres meses desde nuestra notificación. La *póliza de seguro* finalizará entonces en la fecha en que hubiese entrado en vigor la modificación.

10.2 Comunicación entre usted y nosotros

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 10.1 indicado anteriormente, usted acepta que toda la información que estamos obligados a suministrarle en virtud de lo establecido en la *póliza de seguros* o en la legislación vigente, podrá ser válidamente aportada en formato papel o electrónico, a través de la página web de Globality S.A., por correo electrónico o por otro medio de comunicación acordado entre usted y nosotros.

Si usted no respondiera en un período de sesenta días a partir de la fecha de la información, se considerará que la ha aceptado y que acepta quedar obligado por la misma tanto en nombre propio como en nombre de las *personas aseguradas* y cualquier otra persona a la que usted represente legalmente.

A este respecto, usted se compromete a informar, cuando sea necesario, a las *personas aseguradas* y a toda persona que represente legalmente. Usted acepta liberarnos de toda responsabilidad en caso de pérdida, daño, perjuicio o gasto relacionado con las obligaciones mencionadas anteriormente y relativas a la obligación de informar a las *personas aseguradas* y a aquellas que usted represente legalmente.

10.3 Inclusión en la póliza de recién nacidos

La cobertura para los recién nacidos comienza sin periodos de carencia, con efecto del día del nacimiento, siempre y cuando uno de los padres esté dado de alta en esta póliza y se le comunique al asegurador dentro de los dos meses siguientes al nacimiento el alta en la póliza del recién nacido.

Si la comunicación se efectuara con posterioridad a los dos meses del nacimiento, la cobertura del seguro para el recién nacido tendrá efecto, como muy pronto, a partir del día en el que el asegurador reciba la notificación. Si la comunicación del nacimiento se realiza después de transcurrir los dos meses desde el nacimiento, podrá aplicarse, como consecuencia de la valoración del riesgo, una sobreprima de un máximo del 100 % sobre la prima de tarifa.

La cobertura de seguro para el recién nacido no podrá ser más elevada o más amplia que la del progenitor *asegurado* con Globality Health. La adopción equivale al nacimiento de un *hijo*, siempre que el *hijo*, en el momento de la adopción, todavía sea *menor de edad*. Como consecuencia de un riesgo elevado, el asegurador podrá aplicar una sobreprima de hasta un máximo del 100 %.

10.4 Cambios en los datos contractuales

Las declaraciones de voluntad, los cambios de la modalidad y los comunicados que afecten a la relación contractual siempre deberán efectuarse por escrito.

Cambio de domicilio; adopción de un apellido, p.ej. tras contraer matrimonio

Se ruega comunique inmediatamente al asegurador cualquier cambio relativo a su domicilio o su apellido. De no hacerlo, pueden demorarse o extraviarse las informaciones importantes que le enviemos.

Cambio en los datos bancarios

Se ruega comunique inmediatamente cualquier cambio en los datos bancarios, para que Globality Health pueda abonar correctamente los reembolsos.

Cambio en los datos de la tarjeta de crédito

Se ruega comunique inmediatamente al asegurador cualquier cambio relativo a los datos de la tarjeta de crédito (nueva fecha de validez, nuevo número de seguridad o nueva entidad bancaria).

10.5 Cómo reclamar

Si necesita presentar una queja o reclamación, póngase en contacto con nosotros por correo, teléfono, fax o por correo electrónico.

Globality S.A.
1A, rue Gabriel Lippmann
L-5365 Munsbach
Luxembourg
Teléfono: +352 270 444 3601
Fax: +352 270 444 3699
Correo electrónico: feedback@globality-health.com
Internet: www.globality-health.com

También puede ponerse en contacto con el defensor del pueblo de los seguros o con el organismo de supervisión correspondiente. Para más información podrá consultar en www.globality-health.com.

10.6 Jurisdicción

En relación con la tramitación de una prestación, puede darse el caso de que, en contra de lo esperado, no se llegue a un acuerdo entre ambas partes. Si se diera tal hecho, el *asegurado* tiene la posibilidad de reclamar por vía judicial sus derechos ante los tribunales. Los litigios derivados del contrato colectivo se someterán a la jurisdicción de los órganos judiciales del Gran Ducado de Luxemburgo o de los órganos judiciales del lugar en el que el *tomador del seguro* o el *asegurado* tengan su domicilio. Si el domicilio no se encuentra en un Estado miembro de la Unión Europea, la competencia recaerá de forma exclusiva en los órganos judiciales del Gran Ducado de Luxemburgo.

10.7 Legislación aplicable

Siempre que las disposiciones legales nacionales no requieran la utilización de otra ley o no se acuerde la aplicación de otra ley mediante contrato, el contrato colectivo y las pólizas de los *asegurados* correspondientes estarán sujetas a la ley del Gran Ducado de Luxemburgo.

10.8 Idioma

El idioma de la *póliza de seguro* será el inglés. A menos que acordemos otra cosa con usted, toda la correspondencia entre nosotros se desarrollará en inglés. La versión inglesa de las Condiciones Generales del seguro prevalecerá sobre cualquier otro idioma o traducción.

11. Definiciones

Explicación de los términos empleados

Accidente

Un *accidente* supone una contingencia perjudicial para la salud que deriva de una causa súbita, externa y ajena a la intención de la persona.

Acupuntura

La *acupuntura* es un antiguo método de la medicina tradicional china, mediante el cual se pretende curar enfermedades o aliviar dolores con ayuda de finas agujas que se clavan en el cuerpo; hasta ahora ha recibido el reconocimiento de la *medicina convencional*, principalmente para el alivio de dolores.

Audífonos

Un *audífono* es un dispositivo electrónico que se coloca dentro o detrás de la oreja para amplificar el sonido.

Ayuda doméstica

La *ayuda doméstica* es una parte de la ayuda asistencial en el hogar. Comprende la prestación de ayuda en los quehaceres domésticos cotidianos, como por ejemplo comprar, guisar, limpiar la casa, fregar, cambiar y lavar la ropa o calentar la casa.

Baremos

Los *baremos* son las bases para el cálculo de las prestaciones médicas u odontológicas. Pueden variar en función del país.

Boletín de adhesión

El alta en el seguro colectivo se realiza mediante el denominado *boletín de adhesión*, a través del cual también se puede solicitar la inclusión en el seguro del cónyuge, pareja de hecho e hijos.

Cambio de modalidad

Un *cambio de modalidad* supone la modificación de la cobertura de un seguro contratado, por ejemplo a través del acuerdo de una modificación de la *franquicia*, salvaguardando en todo momento los derechos de antigüedad que el *asegurado* haya adquirido previamente en base al seguro contratado de forma ininterrumpida con Globality Health.

Cáncer

El *cáncer* es la denominación común para todas las enfermedades malignas, caracterizadas por el crecimiento incontrolado de células alteradas (tumefacción, tumor, carcinoma). Estas células pueden destruir los tejidos contiguos y formar nuevos tumores (metástasis).

Centros de servicios de Globality Health

Los *centros de servicios de Globality Health* in situ ofrecen acceso directo a especialistas locales, un servicio ágil y eficiente y un apoyo de primera categoría. Puede solicitar los servicios de ayuda correspondientes a la modalidad de su cobertura en caso de que se produzca un siniestro o una *urgencia*. Llame al número indicado en el reverso de su tarjeta *Globality Service Card* para contactar con su *centro de servicios* – las 24 horas al día y siete días de la semana. Rogamos tenga siempre a mano el número de *póliza de seguro* que figura en el anverso de su tarjeta y que consta de 9 dígitos (“insurance number”).

Los *centros de servicios de Globality Health* conocen a fondo el sistema sanitario y las estructuras locales en su nuevo país de residencia. Se encargarán de recomendar *médicos y hospitales*, acordar citas o facilitar medicación. Su *centro de servicios* podrá emitir una garantía de pago y se encargará de que los reembolsos de gastos se gestionen de forma rápida y ágil.

Códigos CIE (ICD)

Las siglas *CIE* corresponden a *Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases [ICD])*. Es un sistema internacional empleado para la codificación y clasificación de todos los diagnósticos conocidos.

Colaborador de asistencia

Los *colaboradores de asistencia* están especializados en aconsejar a los *asegurados* en caso de *urgencia* y hospitalización. El *colaborador de asistencia* proporcionará los servicios adicionales que puedan facilitar la estancia en el extranjero así como el reembolso de algunos costes como los de repatriación sanitaria.

Enfermedades preexistentes

Las *enfermedades preexistentes* o preexistencias son enfermedades y sus secuelas existentes a la fecha de efecto del seguro, así como las secuelas de *accidentes* que sean conocidas por el *asegurado* o que estén siendo tratadas.

Franquicia

Mediante una *franquicia*, el *asegurado* asume por su cuenta una parte determinada de los gastos. La *franquicia* supone que el *asegurado* participe por cuenta propia en las prestaciones de reembolso. En el caso de que se estipule una *franquicia*, ésta estará especificada en la *póliza de seguro* (véase al respecto el apartado 4.2).

Hidroterapia

La *hidroterapia* es un *tratamiento médico* selectivo mediante el uso tópico de agua.

Hijos

Se considerarán *hijos* a efectos de este seguro colectivo los *hijos* biológicos así como los adoptivos, hijastros y bajo tutela del *asegurado*, siempre y cuando sean menores de 25 años de edad.

Homeopatía

La *homeopatía* se basa en tres pilares: ley de los semejantes, el tratamiento personalizado y la potenciación de sustancias. Un homeópata parte de la premisa de que una enfermedad, que se manifiesta con determinados síntomas, puede ser curada con un medio que provoque síntomas parecidos en individuos sanos.

Hospital

Establecimiento destinado al *tratamiento médico* hospitalario o parcialmente ambulatorio, que cuenta con el reconocimiento y la autorización necesarios en el país en el que deba realizarse la terapia. Para que el asegurador pueda asumir los gastos es necesario que el *hospital* sea gestionado de forma permanente por *médicos*, que pueda ofrecer medios de diagnóstico y terapia suficientes y realice seguimientos del historial clínico de los pacientes. Para la asistencia médica necesaria en instituciones sanitarias que, además de llevar a cabo tratamientos de cura y rehabilitación o acoger a enfermos convalecientes, en todos los demás aspectos cumplan con los requisitos expuestos anteriormente, se garantizarán las prestaciones del seguro únicamente cuando el asegurador haya dado su autorización por escrito antes del inicio de la terapia. En el caso de las enfermedades tuberculosas, el contrato cubre también la asistencia médica hospitalaria en centros curativos y sanatorios para enfermedades tuberculosas. Las siguientes instalaciones no se consideran *hospitales*:

residencias de descanso y asilos, instalaciones de reposo, centros de cura y balnearios así como sanatorios.

Hospitalización parcial

Una *hospitalización parcial* supone la estancia en un *hospital* o clínica en la que el paciente permanece entre 8 y 24 horas en la clínica y para la que no es necesario un tratamiento hospitalario de día entero (24 horas).

Indemnización diaria sustitutiva por hospitalización

En caso de que el *asegurado* no solicite el reembolso de los gastos derivados de un tratamiento hospitalario necesario desde el punto de vista médico aun cuando dicho tratamiento estuviese dentro de la cobertura del seguro, Globality Health abonará, en función de la modalidad contratada, una indemnización diaria sustitutiva por día de hospitalización prescrita por un *médico*.

Límite total anual

El máximo que se pagará por todas las prestaciones en total por cada *persona asegurada* en cada anualidad.

Límite máximo de cobertura ambulatoria

Se trata de la cantidad máxima que abonaremos por todas las prestaciones ambulatorias en total, por persona y por anualidad para una modalidad de cobertura determinada, a menos que indiquemos otra cosa en el resumen de coberturas.

Límite máximo de cobertura dental

Se trata de la cantidad máxima que abonaremos por todas las prestaciones dentales en total, por persona y por anualidad para una modalidad de cobertura determinada, a menos que indiquemos otra cosa en el resumen de coberturas.

Medicamentos

Los *medicamentos* son sustancias activas, que, de forma aislada o mezcladas con otras sustancias, se emplean en el diagnóstico o terapia de enfermedades, dolencias, lesiones u otros trastornos de la salud asociados a enfermedades. No se consideran *medicamentos* los alimentos, los cosméticos ni los productos para la higiene corporal. Los *medicamentos* deben ser prescritos por un *médico* y deben adquirirse en farmacia. Términos sinónimo: medicinas, fármacos.

Medicina convencional

Es la forma de medicina de uso general que se imparte en las universidades, se basa en el conocimiento científico y cuenta por ello con un reconocimiento generalizado (ciencia de la medicina).

Medicina paliativa

Tratamiento activo y completo de pacientes con una esperanza de vida limitada, cuya enfermedad ya no puede tratarse mediante una terapia curativa y para la cual el objetivo del tratamiento es garantizar la mejor calidad de vida para ellos y sus familiares.

Médico

Un *médico* es un profesional de la medicina (medicina general o especialista) o titular de una licenciatura en medicina, con reconocimiento legal y que está autorizado para practicar *tratamientos médicos* (véase “*tratamiento médico*”) en el país en el que tenga que efectuarse la terapia.

Medidas de profilaxis

Las *medidas de profilaxis* constituyen una parte de la medicina preventiva; son medidas concretas, aplicadas de forma generalizada, para la prevención de las enfermedades graves (por ejemplo vacunas, inmunización pasiva, medicación preventiva en caso de viajes a zonas de riesgo, prevención de *accidentes*, etc.).

Menor de edad

Menores de edad son las personas menores de 18 años.

Obligaciones

Las *obligaciones* son normas de conducta cuyo cumplimiento es requisito para recibir las prestaciones derivadas del contrato de seguro.

Odontólogo

Terapeuta que se ocupa principalmente de las enfermedades de los dientes y de la cavidad bucal.

Oncología

La *oncología* es una especialidad de la medicina interna que trata de la formación, diagnóstico y tratamiento de tumores y enfermedades causadas por tumores.

Operaciones ambulatorias

Operaciones que pueden realizarse de forma ambulatoria, bien en el consultorio de un *médico* o en el *hospital* y para las cuales no se requiere una pernoctación ni un ingreso hospitalario posterior.

Osteopatía

La medicina osteopática comprende un método amplio de diagnóstico y terapia manual para disfunciones en el sistema locomotor, los órganos internos y el sistema nervioso. La *osteopatía* se emplea principalmente para dolores crónicos en la columna vertebral y en las articulaciones periféricas.

País de destino

El *país de destino* es el país en el que el *asegurado* se encontrará tras iniciar la estancia en el extranjero.

País de origen

El *país de origen* es el país en que el *asegurado* residía de forma permanente antes de iniciar su estancia en el extranjero.

País natal

Es el país de nacionalidad de la persona asegurada, o el país al que debe ser repatriado el cuerpo en caso de fallecimiento.

Póliza de seguro

La póliza es el documento en el que se hace constar la cobertura de seguro contratada para los *asegurados* así como la correspondiente prima que debe pagarse.

Prestaciones analíticas y terapéuticas funcionales

Método de chequeo y terapia dentro del tratamiento odontológico para el diagnóstico de alteraciones y enfermedades del conjunto del aparato masticatorio.

Prestaciones de conservación

Las *prestaciones de conservación* son medidas para la conservación de los dientes (por ejemplo, los empastes y el tratamiento de los canales radiculares).

Prestaciones de implantología

Las *prestaciones de implantología* incluyen la colocación de implantes dentales (metálicos o de cerámica) como sustitutos artificiales de la raíz de un diente o en maxilares desdentados.

Quiropráctica

La *quiropráctica* también se denomina terapia manual. Mediante la acción de las manos, pueden 'recolocarse' vértebras u otras articulaciones que han quedado desplazadas o torcidas.

Rehabilitación hospitalaria tras una hospitalización

Una *rehabilitación hospitalaria* es una medida facultativa para el restablecimiento del estado físico anterior a una enfermedad/operación grave, como por ejemplo después de una operación de bypass, un infarto de miocardio, un trasplante de órganos así como las intervenciones en huesos o articulaciones importantes, o un *accidente grave*.

Residencia para enfermos terminales

Institución cuyo objetivo es cuidar a pacientes cuya esperanza de vida es de pocos meses y utilizar la *medicina paliativa* para aliviar los síntomas de la enfermedad mortal.

Segunda opinión médica (Second opinion)

La *Segunda opinión médica (Second opinion)* supone el asesoramiento *médico* por parte de otro *médico* no implicado hasta ese momento, en caso de enfermedades con peligro de muerte y de alteraciones graves crónicas del estado de salud.

SIDA

SIDA son las siglas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, una enfermedad grave del sistema inmunitario.

Tarjeta Globality Service Card

El *asegurado* recibirá una tarjeta, denominada tarjeta *Globality Service Card*, en la que figuran la dirección y los números de teléfono importantes de su *centro de servicios de Globality Health*. A través de la tarjeta, se acredita la condición de *asegurado* ante los prestadores de servicios.

Terapeuta

Un *terapeuta* puede ser, además de un *médico*, toda aquella persona que disponga de formación reconocida oficialmente y especializada dentro de su ámbito profesional y que se encuentre autorizada y habilitada para realizar la terapia en el país en el que se lleva a cabo el tratamiento. El término *terapeuta* comprende paramédicos en medicina complementaria, logopedas/foniatras y comadronas/parteros, así como las personas que ejercen en su propia consulta una profesión

de asistencia sanitaria reconocida oficialmente (p.ej. rehabilitador o fisioterapeuta).

Tomador del seguro/asegurado (titular de la póliza y beneficiarios)

Tomador del seguro es la entidad u organización con capacidad jurídica y de contratación que ha concertado con el asegurador un contrato colectivo, por ejemplo la empresa, club, asociación, etc. *Asegurado* es la persona para la que se contrata la cobertura del seguro. El término *asegurado* comprende tanto al titular de la póliza como a sus *beneficiarios*. Titular de la póliza es el empleado, miembro o trabajador del *tomador del seguro* que se adhiere por su propia voluntad al contrato colectivo o que haya sido dado de alta en el seguro colectivo por la empresa. *Beneficiarios* son, por ejemplo, el cónyuge o la pareja y los *hijos* incluidos en el seguro.

Tomografía de resonancia magnética (MRT)

La *tomografía de resonancia magnética* es una técnica de diagnóstico mediante la cual se obtiene una representación de los órganos y tejidos internos mediante campos electro-magnéticos y ondas de radio.

Tomografía por emisión de positrones (PET)

La *Tomografía por emisión de positrones (PET)* es un método tomográfico que, mediante la administración no invasiva, en el cuerpo de un paciente, de una sustancia radioactiva que emite positrones, permite el estudio de la actividad metabólica de las células de los tejidos corporales. La concentración de esta sustancia en un tumor también se puede determinar de forma cuantitativa. La sustancia se inyecta de forma intravenosa y la radiación emitida queda reflejada por medio de detectores externos. Con ayuda de la *tomografía por emisión de positrones* pueden visualizarse importantes cambios biológicos en los tumores.

Tratamiento de reposo y de sanatorio

Un *tratamiento de reposo y de sanatorio* tiene como finalidad el restablecimiento del estado de salud.

Tratamiento médico

El *tratamiento médico* comprende los medios de diagnóstico y métodos terapéuticos que pertenecen al ámbito de las actividades médicas y que sirven para reconocer, aliviar y curar trastornos de la salud, enfermedades o lesiones. Un

tratamiento es necesario desde el punto de vista médico cuando, de acuerdo con diagnósticos facultativos objetivos y conocimientos científicos, en el momento del tratamiento esté justificado considerarlo como necesario.

Urgencia

Por *urgencia* se entiende la aparición súbita y aguda de una enfermedad o el empeoramiento agudo del estado de salud que suponga una amenaza directa para la salud del *asegurado*.

Vendajes

Los *vendajes* son medios que se utilizan para vendar.

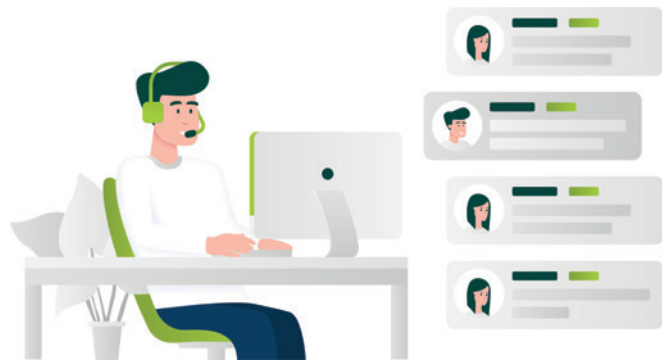
Zona de destino

La cobertura del seguro tiene validez en las siguientes zonas de destino:

Zona de destino I: todo el mundo incluido los EE.UU.

Zona de destino II: todo el mundo excepto los EE.UU.

Póngase en contacto con nosotros



Por favor no dude en ponerse en contacto con nosotros en caso de cualquier duda sobre nuestras Condiciones Generales o producto.

Nuestras líneas telefónicas están disponibles de lunes a viernes de 08:00 a 17:00 hrs (CET).

Teléfono +352 270 444 35 04

Telefax +352 270 444 35 99

O póngase en contacto con nosotros en cualquier momento
service-cogenio@globality-health.com

Globality S.A.
1A, rue Gabriel Lippmann
L-5365 Munsbach
Luxemburgo

www.globality-health.com
R.C.S. Luxemburgo B 134.471