

Preguntas Frecuentes IFEMA



P. ¿Como contrato mi seguro de salud?

Poniéndote en contacto con RRHH de IFEMA.

P. ¿Puedo incluir a familiares?

Si, entendiendo por familiares a sus cónyuges o parejas de hecho e hijos no emancipados.

P. ¿Qué plazo tengo para hacerlo?

Se aceptará la totalidad del colectivo inicial sin requisito médico de adhesión alguno, así como de las futuras altas que se produzcan en el personal laboral y se incorporen a la póliza.

Para ello, los miembros del grupo que quieran adherirse de manera voluntaria dispondrán de un plazo máximo de 60 días, a partir del efecto de la póliza (1 de enero de 2024), para notificárselo a IFEMA, quién lo trasladará a AON Iberia.

P. ¿Y si tengo una póliza de salud aparte que vence durante el año y quiero incorporarme en ese momento?

Excepcionalmente, en la primera anualidad del seguro (2024), aquellos trabajadores que por vencimiento de póliza particular no hubieran accedido al seguro médico colectivo en los primeros 60 días, podrán acceder al seguro, sin carencias ni preexistencias. Se solicitará justificación de procedencia. Para solicitar el alta será necesario cumplimentar la *solicitud y cuestionario de salud mediado* que se encuentra en el la web, dentro del apartado *Condiciones de adhesión*.

P. ¿Tengo que rellenar cuestionario de salud?

No. Pero pasado el citado plazo de 60 días, todas las nuevas altas en el colectivo, que no sean nuevos empleados, nuevos cónyuges, nuevas parejas de hecho o nuevos hijos, deberán aportar boletín de adhesión debidamente firmado, así como la declaración de estado de salud de las personas a asegurar.

Asisa realizará la valoración de la solicitud, pudiendo establecer exclusiones y/o sobreprimas, con comunicación previa a los interesados.

P. Soy nuevo empleado ¿Cómo procede mi alta?

Deberás ponerte en contacto con RRHH de IFEMA.

Las Condiciones para las nuevas incorporaciones de empleados en la empresa y sus familiares directos, nuevos matrimonios, inscripciones de parejas de hecho, nacimientos y adopciones, son las siguientes:

- No existirán periodos de carencia ni preexistencias si se solicita el alta con efecto desde el primer día del mes siguiente al que haya acontecido la nueva circunstancia y en el plazo de **30 días**. Para solicitar el alta será necesario cumplimentar la solicitud de salud incluida en el apartado de condiciones de adhesión.
- Pasado el plazo anterior de 30 días, todas las nuevas altas deberán aportar boletín de adhesión debidamente firmado, así como la declaración de estado de salud de las personas a asegurar. ASISA realizará la valoración de la solicitud, pudiendo establecer exclusiones y/o sobreprimas, con comunicación previa a los interesados.

La toma de efectos de las altas se producirá desde el día 1 del mes siguiente al mes en que IFEMA lo comunique a la compañía aseguradora, siempre que la comunicación se realice antes del día 20 del mes en curso. Pasado el día 20 del mes vigente, las altas comunicadas por IFEMA causarán efecto el día 1 del segundo mes.

Los recién nacidos tendrán cobertura los 30 primeros días de vida sin coste alguno, teniendo IFEMA 30 días para la comunicación al adjudicatario del nacimiento y el alta en la póliza tras dicho plazo.

P. ¿Puedo incorporarme en próximas anualidades?

Si, en cada renovación del seguro, cada uno de enero, se abrirá un período abierto de 60 días (sin carencias ni preexistencias) en el cual podrán darse de alta los empleados/familiares sin cuestionario de salud.

P. ¿Qué significa que me apliquen exclusiones?

Las exclusiones son enfermedades, diagnósticos, tratamientos o estados físicos que no están cubiertos por el seguro.

Todas las exclusiones vienen especificadas en las Condiciones Generales de la póliza.

P. ¿Qué es una enfermedad preexistente?

Es la padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de su incorporación en la póliza.

P. ¿Cuáles son los períodos de carencia y preexistencia establecidos?

No existirán periodos de carencia ni preexistencias para la totalidad de asegurados que causen alta en los primeros 60 días a contar desde la fecha de la entrada de efectos de la póliza (01/01/2024), así como para aquellos nuevos trabajadores, nuevos cónyuges o nuevos nacimientos, que soliciten su alta en el plazo de 30 días.

Los periodos de carencia son el intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza. Dichos plazos computan por meses, desde la fecha de entrada en vigor de la póliza, para cada uno de los asegurados incluidos en ella.

En caso de darse de alta fuera de los períodos establecidos, se aplicarán los periodos de carencia siguientes:

COBERTURA	PERIODO DE CARENCIA
Hospitalizaciones por motivo médico, quirúrgico o pediátrico	8 meses
Hospitalización por Maternidad	8 meses
Cualquier otra hospitalización	8 meses
Hospitalización psiquiátrica	8 meses
Planificación familiar	6 meses
Pruebas especiales de diagnóstico	6 meses
Técnicas especiales de tratamiento	6 meses
Psicoterapia	6 meses
Cirugía ambulatoria	6 meses

P. ¿Existe copago?

No.

P. ¿Cómo pago la prima?

Mensualmente

P. ¿Voy a pagar siempre la misma prima?

Si, los precios actuales están garantizados siempre hasta vencimiento de póliza.

P. ¿Dónde puedo reclamar si no recibo la documentación, está incompleta o contiene algún error?

Dirígete al buzón habilitado por Aon: segsalud@aon.es

P. ¿Qué me cubre la póliza de salud?

Medicina primaria, con asistencia en consulta y a domicilio, medicina general, pediatría y puericultura de zona, urgencias, especialidades médicas en régimen ambulatorio o de internamiento en sanatorio, pruebas diagnósticas: análisis clínicos, radiología y otros medios de diagnóstico de alta tecnología TAC, RMN, Ergometrías, etc. Hospitalización que garantiza los honorarios médicos (cirujano, ayudantes, anestesista, matrona, etc), quirófano, pruebas de diagnóstico, material, medicamentos, estancia hospitalaria (uso de habitación y manutención del asegurado ingresado y cama de acompañante).

P. ¿Qué no me cubre la póliza de salud?

Tratamientos estéticos, hospitalización social (aquellas que no requiera de cuidados hospitalarios), alcoholismo crónico/drogadicción, medicina alternativa acupuntura o similares, prótesis externas, etc.

P. ¿Qué es una póliza de cuadro médico?

El cuadro médico de una póliza de salud es el conjunto de profesionales con los que tenemos derecho a atendernos o visitarnos sin coste alguno, o mediante el abono del copago acordado por la compañía.

P. ¿Los familiares que incorpore en la póliza tienen las mismas coberturas que yo?

Si

P. ¿En qué consiste la cobertura de asistencia dental? ¿Tengo que abonar algo? ¿Qué son las franquicias?

La cobertura dental te permite disfrutar de una completa atención dental con todos los servicios necesarios, a un precio más reducido (franquicias) o sin coste adicional, que tendrás que abonar al acudir al dentista.

La asistencia será prestada exclusivamente por los facultativos y centros del cuadro dental.

P. ¿En qué consiste la asistencia en viaje?, ¿cómo funciona?

Dispones de una Asistencia de Urgencias en viaje en el extranjero de hasta 14.000 euros. Para hacer uso de esta cobertura es necesario llamar previamente al teléfono de Atención en el Extranjero 24 horas que aparece en el dorso de la tarjeta de asegurado donde te indicarán los centros a los que puedes acudir.

P. ¿Dónde puedo consultar mi cuadro médico?

En www.asisa.es o en la app de Asisa para iOS o Android.

P. Ya tengo toda la documentación y deseo acudir al médico. ¿Cómo procedo?

Elige en el cuadro médico, aquel profesional médico al que deseas acudir. Puedes acudir al especialista directamente. Solicita día y hora, y acude a la consulta provisto de tu tarjeta de seguro médico de Asisa, para acreditarte.

P. ¿Se necesita autorización para las pruebas médicas?

Depende de la prueba médica, hay algunas que únicamente quedan cubiertas si son prescritas por un especialista.

P. ¿Tengo que abonar algo al acudir a la consulta?

No, siempre y cuando se acuda a especialistas del cuadro médico.