

**FORMULARIO DE SOLICITUD –
CIGNA GLOBAL HEALTH OPTIONS**

HOLA

Nos alegra que se una a nosotros.

Together, all the way.SM



Cumplimente este formulario de solicitud y remítanoslo por correo electrónico, fax o correo postal. Nuestra información de contacto se encuentra al final del formulario. Cumplimente el formulario en LETRAS MAYÚSCULAS.

NOTAS IMPORTANTES

- De conformidad con el artículo 25, apartado 5, de la Ley de Seguros (capítulo 142) (o cualquier modificación posterior de esta), debe indicar en este formulario de solicitud, de manera completa y fiel, todos los hechos que conoce, o que debería conocer, que puedan afectar a la cobertura del seguro que solicita. De lo contrario, es posible que no reciba nada de la póliza.
- Esta póliza está suscrita por Cigna Europe Insurance Company S.A. - N.V. Singapore Branch ("Cigna") y se inscribirá en el registro de pólizas de Singapur. Los términos y condiciones de esta póliza se registrarán e interpretarán de acuerdo con la legislación de Singapur.
- Responda a todas las preguntas o indique "Nada" o "NP" cuando corresponda.
- Esta póliza está protegida por el Plan de Protección de Titulares de Pólizas (Policy Owners' Protection Scheme) gestionado por Singapore Deposit Insurance Corporation ("SDIC"). La cobertura de su póliza es automática, por lo que no es preciso que realice ninguna acción adicional. Para obtener más información sobre los tipos de prestaciones que están cubiertos por este plan, así como sobre los límites de cobertura, en caso de haberlos, póngase en contacto con nosotros o visite el sitio web de General Insurance Association o de SDIC (www.gia.org.sg o www.sdic.org.sg).

SECCIÓN A

DATOS DEL SOLICITANTE

En esta sección debe incluir la información de todas las personas a las que cubrirá la póliza, incluido el titular de la misma y cualquier dependiente.

SU PLAN

¿Qué plan desea solicitar?	Silver	Gold	Platinum
----------------------------	--------	------	----------

TITULAR DE LA PÓLIZA

Debe informarnos sobre cualquier cambio en sus datos de contacto para que podamos garantizar que recibe la correspondencia que le enviamos.

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos
Sexo (marque la casilla correspondiente)	Hombre	Mujer	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
Profesión			
Dirección postal			
Número de teléfono durante el día (Código de país - Número)			
Número de teléfono móvil (Código de país - Número)			
Fax (Código de país - Número)			
Dirección de correo electrónico			
Nacionalidad (la nacionalidad que figura en su pasaporte principal)			
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)			
Altura: Pies	Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿Ha fumado o usado productos sustitutivos del tabaco o la nicotina en los últimos 12 meses?	Sí	No	
En caso afirmativo , ¿cuántos al día?	Menos de 20 al día	20 o más al día	

DEPENDIENTE 1

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos
Relación con el titular de la póliza	Sexo (marque la casilla correspondiente)	Hombre	Mujer
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Occupation		
Nacionalidad (la nacionalidad que figura en su pasaporte principal)			
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)			
Altura: Pies	Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿Ha fumado o usado productos sustitutivos del tabaco o la nicotina en los últimos 12 meses?	Sí	No	
En caso afirmativo , ¿cuántos al día?	Menos de 20 al día	20 o más al día	

DEPENDIENTE 2

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos
Relación con el titular de la póliza	Sexo (marque la casilla correspondiente)		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Occupation		
Nacionalidad (la nacionalidad que figura en su pasaporte principal)			
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)			
Altura: Pies <input type="text"/>	Pulgadas <input type="text"/>	Centímetros <input type="text"/>	Peso: Stones <input type="text"/> Libras <input type="text"/> Kilogramos <input type="text"/>
¿Ha fumado o usado productos sustitutivos del tabaco o la nicotina en los últimos 12 meses?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo , ¿cuántos al día?		Menos de 20 al día <input type="checkbox"/>	20 o más al día <input type="checkbox"/>

DEPENDIENTE 3

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos
Relación con el titular de la póliza	Sexo (marque la casilla correspondiente)		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Occupation		
Nacionalidad (la nacionalidad que figura en su pasaporte principal)			
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)			
Altura: Pies <input type="text"/>	Pulgadas <input type="text"/>	Centímetros <input type="text"/>	Peso: Stones <input type="text"/> Libras <input type="text"/> Kilogramos <input type="text"/>
¿Ha fumado o usado productos sustitutivos del tabaco o la nicotina en los últimos 12 meses?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo , ¿cuántos al día?		Menos de 20 al día <input type="checkbox"/>	20 o más al día <input type="checkbox"/>

DEPENDIENTE 4

Tto.	Nombre	Otras iniciales	Apellidos
Relación con el titular de la póliza	Sexo (marque la casilla correspondiente)		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Occupation		
Nacionalidad (la nacionalidad que figura en su pasaporte principal)			
Lugar de residencia (el país donde vive/vivirá la mayor parte del tiempo que esté vigente la cobertura)			
Altura: Pies <input type="text"/>	Pulgadas <input type="text"/>	Centímetros <input type="text"/>	Peso: Stones <input type="text"/> Libras <input type="text"/> Kilogramos <input type="text"/>
¿Ha fumado o usado productos sustitutivos del tabaco o la nicotina en los últimos 12 meses?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo , ¿cuántos al día?		Menos de 20 al día <input type="checkbox"/>	20 o más al día <input type="checkbox"/>

SECCIÓN B**DATOS DEL SOLICITANTE**

¿Para qué lugar desea la cobertura?	Todo el mundo <input type="checkbox"/>	Todo el mundo excepto EE UU <input type="checkbox"/>
¿Cuándo desea que comience la cobertura? (DD/MM/AAAA)		

PLAN PRINCIPAL DE SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL

Elija el deducible:	0 \$	375 \$	750 \$	1.500 \$	3.000 \$	7.500 \$	10.000 \$
	0 €	275 €	550 €	1.100 €	2.200 €	5.500 €	7.400 €
	0 £	250 £	500 £	1.000 £	2.000 £	5.000 £	6.650 £
A continuación, seleccione el porcentaje de coste compartido:	Sin coste compartido		10%	20%	30%		
Elija el desembolso máximo por cuenta propia: (Esta es la cantidad máxima de coste compartido del plan Seguro médico internacional que deberá abonar en caso de producirse una reclamación o reclamaciones por periodo de cobertura)						2.000 \$	5.000 \$
						1.480 €	3.700 €
						1.330 £	3.325 £

BENEFICIOS OPCIONALES

¿Desea mejorar su plan añadiendo alguna de las opciones siguientes?

Paciente en régimen ambulatorio internacional		Deducible				
Sí	No	0 \$	150 \$	500 \$	1.000 \$	1.500 \$
		0 €	110 €	370 €	700 €	1.100 €
		0 £	100 £	375 £	600 £	1.000 £
Coste compartido tras deducible (se aplica un desembolso máximo por cuenta propia de 3000 \$/2200 €/2000 £ al coste compartido para el paciente en régimen ambulatorio internacional)						
		Sin coste compartido	10%	20%	30%	
Evacuación médica internacional		Sí	No			
Salud y bienestar internacional		Sí	No			
Visión y dental internacional		Sí	No			

Tenga en cuenta que los planes Paciente en régimen ambulatorio internacional, Evacuación médica internacional, Salud y bienestar internacional y Visión y dental internacional solo pueden adquirirse conjuntamente con el plan Seguro médico internacional.

Tenga en cuenta que cada plan que elija será el mismo para todos los dependientes.

La selección del plan solo podrá modificarse cuando renueve la póliza. Si desea aumentar el nivel de cobertura en la renovación, puede quedar sujeto a una evaluación médica completa y a periodos de espera, y deberá abonar una prima adicional.

SECCIÓN C

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL SOBRE SALUD

Ahora deberá ofrecer información sobre su historial médico y el de cada persona que figure en la Sección A. Si marca una pregunta con "sí", añada más detalles en la Sección E.

La solicitud se completará cuando haya rellenado esta parte. Le recomendamos que tenga a mano la documentación médica relevante cuando rellene el formulario. Es posible que, en función de su historial médico, necesitemos más información antes de poder dar por finalizada la cobertura.

Lea las siguientes preguntas con atención. Conteste a las preguntas con sinceridad y de forma completa. Una declaración falsa por descuido puede hacer que Cigna reduzca proporcionalmente la cantidad de cualquier reclamación; una declaración falsa intencional o imprudente puede hacer que Cigna rechace las reclamaciones o que anule la cobertura. Si necesita ayuda para cumplimentar la solicitud, póngase en contacto con nosotros.

Si no está seguro sobre qué responder a alguna de las preguntas, deberá informarse para poder asegurar que ofrece una respuesta exacta.

¿Ha recibido tratamiento usted o alguna de las personas que figuran en la Sección A para: ¿Usted o alguna de las personas que figuran en la sección A han recibido tratamiento para...? (Marque la casilla en caso afirmativo)		TITULAR DE LA PÓLIZA	DEPENDIENTE 1	DEPENDIENTE 2	DEPENDIENTE 3	DEPENDIENTE 4
1	Diabetes y otros trastornos endocrinos (glandulares) , por ej., trastornos de tiroides, problemas de peso, gota, enfermedades relacionadas con la glándula pituitaria o glándula suprarrenal.					
2	Enfermedades cardíacas o trastornos circulatorios , por ej., dolor torácico, infarto de miocardio, hipertensión arterial, angiopatía, arteriopatía coronaria, angina de pecho, arritmia, aneurisma o soplo cardíaco.					
3	Cáncer, tumores o neoplasia incluidos pólipos, quistes o bultos en las mamas.					
4	Problemas musculares u óseos , por ej., lumbalgia o ciática, esguince cervical, artritis, artralgia o problemas en las articulaciones, gota, fracturas, problemas con cartílagos, tendones o ligamentos.					
5	Asma, alergias, trastornos respiratorios , por ej., infecciones respiratorias, neumonía, bronquitis, disnea, rinitis, tuberculosis, enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica.					
6	Problemas en la vesícula biliar, estómago, intestinos, problemas gástricos o de hígado , por ej., síndrome del intestino irritable, colitis, enfermedad de Crohn, úlcera gástrica o péptica, reflujo, indigestión, ardor de estómago, cálculos biliares, hernia, hemorroides o hepatitis.					
7	Trastornos cerebrales o neurológicos , por ej., esclerosis múltiple, epilepsia o convulsiones, ictus, migrañas, dolores de cabeza recurrentes o intensos, meningitis, zóster o dolor neurálgico.					
8	Problemas cutáneos , por ej., eccema, acné, lunares, sarpullidos, reacciones alérgicas, quistes, dermatitis o psoriasis.					
9	Trastorno sanguíneo, infeccioso o inmunológico , por ej., colesterol elevado, anemia, malaria, VIH o lupus eritematoso diseminado.					

10	Trastorno urinario o genital , por ej., infecciones del tracto urinario, problemas renales, mioma uterino, dismenorrea, periodos irregulares, hipermenorrea, problemas de fertilidad, síndrome de ovarios poliquísticos, endometriosis, problemas de próstata o testículos.					
11	Ansiedad, depresión, problemas psiquiátricos o de salud mental , incluidos trastornos alimentarios, trastorno por estrés postraumático, problemas con las drogas o el alcohol.					
12	Problemas de otorrinolaringología, oculares o dentales , por ej., infecciones de oído, problemas sinusales, de amígdalas y vegetaciones, cataratas, glaucoma, problemas con las muelas del juicio.					
Responda también a las siguientes preguntas:						
13	¿Tiene alguien alguna enfermedad, afección o síntoma que no se haya mencionado? Incluya información sobre cualquier problema conocido o presunto para el que se haya solicitado o no atención médica o se haya obtenido un diagnóstico.					
14	¿Toma alguien algún tipo de medicación, recibe tratamiento de algún tipo o debe realizar una revisión o seguimiento de algún problema médico actual o anterior que no se haya mencionado anteriormente?					

SECCIÓN D

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SALUD

Si ha contestado de manera afirmativa a alguna de las preguntas de la Sección C, debe darnos más información. Si no está seguro sobre la relevancia de la información, deberá incluirla igualmente. Si necesita más espacio, utilice una hoja aparte.

	N.º de pregunta de la Sección C	El nombre de la enfermedad o problema médico. Si procede, indique a qué parte del cuerpo afecta (por ej., brazo izquierdo, pie derecho).	¿Cuándo tuvieron lugar los síntomas y cuándo los tuvo por última vez?	¿Qué tratamiento se administró? (Incluya datos de la medicación y las fechas en las que comenzó y finalizó el tratamiento).	¿Cuál es el estado actual de la enfermedad o problema médico? (Por ej., continúa, ha finalizado, en recuperación, recurrente o con posibilidad de recurrencia).
TITULAR DE LA PÓLIZA					
DEPENDIENTE 1					
DEPENDIENTE 2					
DEPENDIENTE 3					
DEPENDIENTE 4					

SECCIÓN E

DECLARACIÓN PARA TODOS LOS CLIENTES

Por la presente declaro que he adoptado todas las medidas razonables para responder a todas las preguntas de forma exacta, sincera y completa. Soy consciente de que si no respondo a todas las preguntas de forma exacta y completa por cualquier descuido, Cigna podría reducir la cantidad de cualquier reclamación proporcionalmente. También declaro que si ofrezco información inexacta o incompleta de forma deliberada o imprudente al contestar a las preguntas, Cigna podría rechazar las reclamaciones o anular la cobertura.

El deber de contestar a nuestras preguntas de forma exacta, sincera y completa es exigible para cada una de las personas para las que la póliza ofrezca cobertura. Aunque el incumplimiento de este deber por parte de una de las personas con cobertura puede afectar a la cobertura o pago de las reclamaciones, no afectará a la cobertura o pago de las reclamaciones de otra persona con cobertura, a menos que dicha persona haya hecho una declaración falsa por descuido, de manera deliberada o imprudente al contestar a las preguntas. Declaro y garantizo que tengo el consentimiento de cada una de las personas con cobertura para revelar la información personal, incluida la información personal confidencial (por ej., información médica) que figura en este formulario. Confirmando que cada persona con cobertura conoce sus obligaciones a la hora de responder a las preguntas de la manera más exacta, sincera y completa posible a su entender.

(Tenga en cuenta que si realiza la declaración anterior en nombre de otra persona, está obligado a guardar las pruebas del consentimiento que le han dado los miembros de su familia asegurados para realizar dichas declaraciones).

Por la presente doy indicaciones a Cigna para que la cobertura comience en la fecha de la cobertura o en cualquier otra fecha acordada. En el caso de que se compruebe que yo personalmente, deliberadamente o por imprudencia, o cualquier persona con cobertura, haya proporcionado información falsa o inexacta, Cigna puede anular el contrato de seguro relacionado conmigo o con la persona con cobertura y rechazar todas las reclamaciones sin la necesidad de devolver las primas pagadas, excepto en los casos en que sería injusto que se retuvieran las primas. He leído y comprendido en su totalidad las reglas de la póliza y la guía del cliente y acepto atenerme a las mismas ya que forman parte de mi contrato de seguro.

Firma

Fecha

NOTIFICACIÓN SOBRE FRAUDE

Se acusará de fraude a cualquier persona que (1) realice una solicitud o reclamación de seguro con información que dicha persona sabe que es falsa o engañosa; o que (2) durante la realización de la solicitud o reclamación de seguro no proporcione la información que se le pide. Investigaremos todas las solicitudes o reclamaciones de seguro que consideremos que pueden ser fraudulentas. Cometer fraude supondrá la resolución de su póliza y el impago de cualquier reclamación solicitada a través de ella. Con el objetivo de detectar y prevenir fraudes, compartiremos la información relativa a posibles fraudes con otras compañías de seguros o con las autoridades policiales.

PROTECCIÓN DE DATOS

Al proporcionar la información indicada en este formulario de solicitud, acepto y doy mi consentimiento a Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch ("Cigna") y sus empresas relacionadas (conjuntamente, las "Empresas"), así como a los proveedores de servicios autorizados de las Empresas y a los terceros pertinentes, que recopilan, usan o divulgan mis datos personales para los fines razonablemente requeridos por las Empresas, para que evalúen mi solicitud y me proporcionen los productos o servicios que solicito y otros fines descritos en la Política de Protección de Datos Personales de Cigna.

Se puede acceder a la Política de Protección de Datos Personales de Cigna desde el sitio web de Cigna. Confirmando que he leído y entendido dicha Política.

Con respecto al dependiente/los dependientes según lo establecido en este formulario de solicitud, por la presente confirmo a las Empresas que cada dependiente de la póliza que solicito ("Dependiente") ha aceptado y dado su consentimiento para la divulgación de sus datos personales a las Empresas y, además, ha autorizado a las Empresas, sus proveedores de servicios autorizados y terceros relevantes que recopilan, usan o divulgan los datos personales del Dependiente para los fines razonablemente requeridos por las Empresas para que evalúen mi solicitud y me proporcionen los productos o servicios que solicito y otros fines descritos en la Política de Protección de Datos Personales de Cigna. Por la presente confirmo a las Empresas que el Dependiente/los Dependientes ha/han leído y entendido la Política de Protección de Datos Personales de Cigna.

OFERTAS ESPECIALES, PROMOCIONES, PRODUCTOS Y SERVICIOS

Nos gustaría estar en contacto con usted para mantenerle informado sobre nuestras ofertas especiales, promociones, productos y servicios que creemos que le interesarán. Si desea recibir esta información, marque las casillas siguientes: (puede escoger más de una opción)

Doy mi consentimiento para que las Empresas recopilen, usen y divulguen mis datos personales en sus registros con fines de marketing y promoción y para que me proporcionen dicha información a través de las siguientes opciones:

Llamadas de voz, SMS y fax

Correo postal y electrónico

Firma del titular del seguro

Fecha

SECCIÓN F

INFORMACIÓN DE PAGO

Los datos de su tarjeta se eliminarán de forma segura una vez que su solicitud haya sido procesada.

Divisa para el pago	<input type="checkbox"/>	USD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GBP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Frecuencia de pago	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trimestral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Modo de pago	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de crédito/débito	<input type="checkbox"/>	Transferencia bancaria (solo para pagos anuales) (Le llamaremos cuando recibamos su solicitud para ofrecerle los datos relevantes)												
Número de la tarjeta de crédito/débito	<input type="text"/>															
Tipo de tarjeta	<input type="checkbox"/>	MasterCard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visa Debit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visa Electron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Delta	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	American Express	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maestro (nacional del Reino Unido)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maestro (Internacional)				
Su nombre tal y como aparece en la tarjeta	<input type="text"/>															
Válida desde (MM/AA)	<input type="text"/>				Válida hasta (MM/AA)							<input type="text"/>				
Código de seguridad (El número de 3 dígitos que se muestra en el dorso de la mayoría de tarjetas. En las tarjetas American Express, es el número de 4 dígitos que se encuentra en la parte derecha del anverso de la tarjeta).	<input type="text"/>															
Por favor confirme que la tarjeta utilizada para el pago sea propiedad del tenedor de la póliza	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Si el titular de la tarjeta no es el tenedor de la póliza, por favor mencione su relación con el tenedor de la póliza	<input type="checkbox"/>			Otro beneficiario				<input type="checkbox"/>	Empleador			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			Esposa/ compañero		<input type="checkbox"/>	Miembro de la familia		<input type="checkbox"/>	Otro			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta (DD/MM/AAAA)	<input type="text"/>															
Nacionalidad del titular de la tarjeta	<input type="text"/>															
La dirección de facturación de la tarjeta es la misma que la dirección en la póliza de seguro?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
En caso negativo, indique la dirección de facturación completa	<input type="text"/>															
Autorización de la tarjeta de crédito: Autorizo a Cigna a debitar el pago de mi prima de salud en la cuenta de mi tarjeta de crédito/débito (lo cual se me notificará cuando se acepte la cobertura/renovación). Esta autorización permanecerá vigente hasta que se cancele y avisaré por escrito a Cigna conforme a la documentación de las reglas de la póliza.																
Firma del titular de la tarjeta	<input type="text"/>															
Fecha (DD/MM/AAAA)	<input type="text"/>															

RESUMEN DEL PRODUCTO

Este Resumen del producto solo tiene carácter informativo general. No es un contrato de seguro. Los términos y condiciones exactos de esta póliza se muestran en las Normas de la póliza. Por la presente confirmo que se me han entregado los siguientes documentos y que se me ha explicado su contenido de modo satisfactorio:

- (a) La Guía de Seguro de Salud (he recibido una copia en papel o me han informado de cómo consultarla o descargarla en www.gia.org.sg o www.cigna.com.sg) y;
- (b) Resumen del producto.

Firma del cliente _____

Firma del intermediario _____

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PRODUCTO

SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL

Nuestros planes comprenden tres niveles distintos de cobertura: Silver, Gold y Platinum.

Elija su nivel de cobertura en la siguiente tabla. Todas las cantidades se aplican por beneficiario y por periodo de cobertura (salvo que se indique lo contrario).

El Seguro médico internacional es su cobertura básica para los costes hospitalarios, de consultas externas y de alojamiento, así como para la atención oncológica, psiquiátrica y mucho más. Nuestros planes Gold y Platinum también proporcionan cobertura para la atención de maternidad en régimen de hospitalización y externo.

SU LÍMITE GENERAL

	Silver	Gold	Platinum
Prestación anual: máximo por beneficiario por periodo de cobertura. Esto incluye las solicitudes de reembolso pagadas en todas las secciones del Seguro médico internacional.	1.000.000 \$ 800.000 € 650.000 £	2.000.000 \$ 1.600.000 € 1.300.000 £	Ilimitado

SUS PRESTACIONES MÉDICAS ESTÁNDAR

	Silver	Gold	Platinum
Cargos hospitalarios por: servicios de enfermería y alojamiento para tratamiento hospitalario y externo y sala de recuperación.	Pagados íntegramente por una habitación doble	Pagados íntegramente por una habitación privada	Pagados íntegramente por una habitación privada
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nosotros pagaremos los servicios de enfermería y el alojamiento mientras el beneficiario esté recibiendo tratamiento en régimen de hospitalización o externo; o el coste de una sala de curas cuando el beneficiario se someta a cirugía ambulatoria, si se precisa. ➤ Únicamente pagaremos estos costes si: <ul style="list-style-type: none"> • es médicamente necesario que el beneficiario reciba tratamiento como paciente hospitalizado o externo; • permanece en el hospital durante un periodo de tiempo médicamente apropiado; • el tratamiento que reciba es prestado o controlado por un especialista; y • se aloja en una habitación individual estándar con baño privado o equivalente (aplicable solo en los planes Gold y Platinum). • se aloja en una habitación doble con baño compartido (aplicable solo en el plan Silver). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si los honorarios del hospital varían según el tipo de habitación en la que se aloje el beneficiario, el importe máximo que pagaremos es aquel que se hubiera cobrado si el beneficiario se hubiera alojado en una habitación individual estándar con baño privado o equivalente (aplicable solo a los planes Gold y Platinum) o en una habitación doble con baño compartido o equivalente (aplicable solo en el plan Silver). ➤ Si el médico a cuyo cargo esté el beneficiario decide que este necesita permanecer en el hospital durante un periodo de tiempo superior al que hayamos aprobado de forma previa, o determina que el tratamiento que precisa el beneficiario difiere del que hayamos aprobado de forma previa, dicho médico deberá proporcionarnos un informe en el que se explique: durante cuánto tiempo tendrá que permanecer el beneficiario en el hospital, el diagnóstico (si ha cambiado) y el tratamiento que ha recibido y necesita recibir el beneficiario. 		

	Silver	Gold	Platinum
Cargos hospitalarios por: <ul style="list-style-type: none"> › quirófano. › vendajes, fármacos y medicamentos recetados para tratamiento hospitalario o externo. › honorarios de la sala de curas para cirugía ambulatoria. 	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
Gastos de quirófano <ul style="list-style-type: none"> › Pagaremos los costes y cargos relacionados con el uso de un quirófano, si el tratamiento administrado está cubierto por esta póliza. 	Vendajes, fármacos y medicamentos <ul style="list-style-type: none"> › Pagaremos los vendajes, fármacos y medicamentos recetados al beneficiario mientras esté recibiendo tratamiento como paciente hospitalizado o externo. › Pagaremos únicamente los vendajes, fármacos y medicamentos recetados para su uso en el hogar si el beneficiario tiene cobertura según la opción de Asistencia ambulatoria internacional (a menos que se prescriban como parte de un tratamiento oncológico). 		

	Silver	Gold	Platinum
Cuidados intensivos: <ul style="list-style-type: none"> › terapia intensiva. › atención coronaria. › unidad de alta dependencia. 	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Pagaremos el tratamiento del beneficiario en unas instalaciones de cuidados intensivos, terapia intensiva, atención coronaria o unidad de alta dependencia si: <ul style="list-style-type: none"> • dichas instalaciones son el lugar más apropiado para que reciba el tratamiento; • los cuidados prestados por dichas instalaciones son parte esencial de su tratamiento; y • los cuidados prestados por dichas instalaciones son requeridos habitualmente por pacientes que sufren el mismo tipo de enfermedad o lesión, o que reciben el mismo tipo de tratamiento. 			

	Silver	Gold	Platinum
Honorarios de cirujanos y anestesiastas	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Pagaremos los gastos de los pacientes hospitalizados, externos o ambulatorios en concepto de: <ul style="list-style-type: none"> • honorarios por intervenciones quirúrgicas de cirujanos y anestesiastas; y • honorarios de cirujanos y anestesiastas respecto al tratamiento que se precise inmediatamente antes o después de la intervención (es decir, el mismo día de la intervención quirúrgica). › Pagaremos solamente los tratamientos ambulatorios recibidos antes o después de una intervención quirúrgica si el beneficiario tiene cobertura según la opción de Asistencia ambulatoria internacional (a menos que el tratamiento se administre como parte de un tratamiento oncológico). 			

	Silver	Gold	Platinum
Honorarios de consultas a especialistas	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>Pagaremos las visitas periódicas de un especialista durante las estancias en el hospital incluyendo cuidados intensivos por parte de un especialista durante el tiempo requerido conforme a la necesidad médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> › Pagaremos las consultas con un especialista durante las estancias en un hospital donde el beneficiario: <ul style="list-style-type: none"> • esté siendo tratado como paciente hospitalizado o externo, • sea objeto de una intervención quirúrgica o • la consulta sea una necesidad médica. 			

	Silver	Gold	Platinum
Alojamiento en el hospital para el padre/madre o tutor Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	1.000 \$ 740 € 665 £	1.000 \$ 740 € 665 £	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Si un beneficiario menor de 18 años precisa tratamiento hospitalario y ha de pernoctar en el hospital, pagaremos también el alojamiento en el hospital de uno de los padres o el tutor legal si: <ul style="list-style-type: none"> • hay disponible alojamiento en el mismo hospital; y • el coste es razonable. › Pagaremos únicamente el alojamiento en el hospital para uno de los padres o el tutor legal si el tratamiento que reciba el beneficiario durante su estancia en el hospital está cubierto por esta póliza. 			

	Silver	Gold	Platinum
Servicios de trasplante de órganos, médula ósea y células madre	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Pagaremos el tratamiento hospitalario para el beneficiario relacionado directamente con un trasplante de órganos si: <ul style="list-style-type: none"> • el trasplante es médicamente necesario y el órgano que va a ser trasplantado ha sido donado por un miembro de la familia del beneficiario o procede de una fuente verificada y legítima. › Pagaremos los medicamentos contra el rechazo después de un trasplante cuando se administren como paciente hospitalizado. › Pagaremos el tratamiento hospitalario relacionado directamente con un trasplante de médula ósea o células madre periféricas si: <ul style="list-style-type: none"> • el trasplante es médicamente necesario; y • el material a trasplantar es la médula ósea o células madre del propio beneficiario, o médula ósea obtenida de una fuente verificada y legítima. › No pagaremos los trasplantes de médula ósea o células madre periféricas en virtud de esta parte de la presente póliza si los trasplantes forman parte de un tratamiento oncológico. La cobertura que se proporciona con respecto al tratamiento oncológico se explica en otras partes de esta póliza. › Si una persona dona un órgano o médula ósea a un beneficiario, pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> • la extracción del órgano o la médula ósea; • cualesquiera pruebas de compatibilidad de tejidos o procedimientos médicamente necesarios; • los gastos de hospital del donante; y • los gastos que se contraigan si el donante sufre complicaciones, durante un periodo de 30 días desde su intervención; esté o no cubierto el donante por esta póliza. › El importe que pagaremos para hacer frente a los gastos médicos del donante se reducirá en la suma que le sea pagadera en relación con dichos gastos según cualquier otra póliza de seguro o derivada de cualquier otra fuente. › No pagaremos el tratamiento ambulatorio del beneficiario ni del donante, a menos que el beneficiario tenga cobertura según la opción de Asistencia ambulatoria internacional para el tratamiento ambulatorio específico requerido. › Si un beneficiario dona un órgano para un trasplante médicamente necesario, cubriremos los gastos médicos que contraiga el beneficiario relacionados con esta donación hasta cualesquiera límites de la póliza. No obstante, únicamente pagaremos la extracción del órgano donado si el receptor previsto es también un beneficiario de este plan. › Tendremos en cuenta todos los trasplantes médicamente necesarios. Otros trasplantes (como los considerados como procedimientos experimentales) no están cubiertos por esta póliza. Esto es así debido a las condiciones o limitaciones de la cobertura que se explican en otra parte de esta póliza. <p>Nota importante</p> <ul style="list-style-type: none"> › El beneficiario deberá ponerse en contacto con nosotros y obtener nuestra aprobación por adelantado antes de contraer cualquier gasto en relación con la donación o el trasplante de órganos, médula ósea o células madre. 			

	Silver	Gold	Platinum
Diálisis renal	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› El tratamiento para la diálisis renal estará cubierto si dicho tratamiento está disponible en el país de residencia del beneficiario. Pagaremos dicho tratamiento como paciente hospitalizado, externo o ambulatorio.</p> <p>› Pagaremos el tratamiento de diálisis de riñón fuera del país de residencia habitual del beneficiario si el país donde se proporciona dicho tratamiento se encuentra dentro del área de cobertura seleccionada del beneficiario. Pagaremos esto como paciente externo. Los gastos de viaje y alojamiento contraídos en relación con dicho tratamiento no estarán cubiertos.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Patología, radiología y pruebas diagnósticas (excluidas las pruebas de imagen médica avanzada)	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>Cuando las investigaciones se realicen como paciente hospitalizado o externo.</p> <p>Pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas de sangre y orina, • radiografías, • ecografías, • electrocardiogramas (ECG) y • otras pruebas diagnósticas (excluyendo pruebas de imagen médica avanzada), <p>cuando sean médicamente necesarias y hayan sido recomendadas por un especialista como parte de la estancia en el hospital del beneficiario para recibir tratamiento en régimen de hospitalización o externo.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Pruebas de imagen médica avanzada (RMN, TC y TEP) Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	Pagado por completo
<p>› Pagaremos las pruebas siguientes si han sido recomendadas por un especialista como parte del tratamiento en régimen de hospitalización, externo o ambulatorio de un beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • resonancia magnética nuclear (RMN), • tomografía computerizada (TC) y/o • tomografía por emisión de positrones (TEP). <p>› Es posible que solicitemos la presentación de un informe médico antes de la realización de una resonancia magnética nuclear (RMN).</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Fisioterapia y terapias complementarias Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
<p>› Cuando el tratamiento se proporcione en régimen de hospitalización o externo.</p> <p>› Pagaremos el tratamiento provisto por fisioterapeutas y terapeutas complementarios (acupuntores, homeópatas y profesionales de la medicina china) si estas terapias han sido recomendadas por un especialista como parte de la estancia hospitalaria del beneficiario para recibir tratamiento como paciente hospitalizado o externo (pero que no sea el tratamiento primario para el que esté en el hospital).</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Atención domiciliaria Hasta 30 días y el importe máximo indicado por periodo de cobertura.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
<p>› Pagaremos para que un beneficiario reciba hasta 30 días de atención domiciliaria por periodo de cobertura si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ha sido recomendada por un especialista tras un tratamiento en régimen de hospitalización o externo que esté cubierto por esta póliza; • comienza inmediatamente después de que el beneficiario abandone el hospital y • reduce la cantidad de tiempo que necesite estar el beneficiario en el hospital. <p>Nota importante</p> <p>› Solamente pagaremos la atención domiciliaria si es provista en el hogar del beneficiario por un enfermero titulado y comprende cuidados médicamente necesarios que normalmente se dispensarían en un hospital. No pagaremos la atención domiciliaria que provea únicamente asistencia personal o cuidados que no tengan carácter médico.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Rehabilitación Hasta 30 días y el importe máximo indicado por periodo de cobertura.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
<p>› Pagaremos los tratamientos de rehabilitación (terapia física, ocupacional y del lenguaje) que hayan sido recomendados por un especialista y sean médicamente necesarios tras un acontecimiento traumático como un infarto cerebral o una lesión medular.</p> <p>› Si se requiere que el tratamiento de rehabilitación tenga lugar en un centro de rehabilitación residencial, pagaremos el alojamiento y comidas durante un periodo máximo de 30 días por cada cuadro clínico separado que requiera tratamiento de rehabilitación.</p> <p>Para determinar cuándo se ha alcanzado el límite de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contamos cada noche de estancia en el hospital durante la cual el beneficiario reciba tratamiento en régimen de hospitalización como un día • contamos cada día en el que el beneficiario reciba tratamiento externo y ambulatorio como un día. <p>› Con sujeción a la obtención previa de nuestra aprobación y con anterioridad al inicio de cualquier tratamiento, pagaremos el tratamiento de rehabilitación durante más de 30 días si el tratamiento adicional es médicamente necesario y ha sido recomendado por el especialista que trate al paciente.</p> <p>Nota importante</p> <p>› Pagaremos únicamente el tratamiento de rehabilitación si se necesita después o como resultado de un tratamiento que esté cubierto por esta póliza y comienza en un plazo de 30 días desde el fin de dicho tratamiento original.</p> <p>› Todo tratamiento de rehabilitación deberá ser aprobado por nosotros por adelantado. Solamente aprobaremos el tratamiento de rehabilitación si el especialista a cargo del paciente nos proporciona un informe en el que se explique:</p> <ol style="list-style-type: none"> i) cuánto tiempo necesitará permanecer el beneficiario en el hospital, ii) el diagnóstico y iii) el tratamiento que el beneficiario ha recibido o necesita recibir. 			

	Silver	Gold	Platinum
Cuidados paliativos Hasta el importe máximo indicado por vida.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
<p>› Si un beneficiario recibe un diagnóstico terminal y no hay ningún tratamiento disponible que sea eficaz para ayudar a su recuperación, pagaremos los cuidados hospitalarios o paliativos así como el alojamiento, servicios de enfermería, medicamentos recetados y cuidados físicos y psicológicos.</p>			

Aparatos médicos y quirúrgicos/dispositivos protésicos internos Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	Silver Pagado por completo	Gold Pagado por completo	Platinum Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pagaremos los aparatos, dispositivos o implantes protésicos internos que se incluyan durante una intervención quirúrgica como parte del tratamiento de un beneficiario. ➤ Dispositivo quirúrgico o aparato médico puede significar: <ul style="list-style-type: none"> • una extremidad artificial, prótesis o dispositivo que se requiera para o en relación con la intervención quirúrgica; o • una prótesis o dispositivo artificial que sea una parte necesaria del tratamiento inmediatamente después de la intervención quirúrgica durante el tiempo que sea médicamente necesario; o • un aparato o dispositivo protésico que sea médicamente necesario y forme parte del proceso de recuperación a corto plazo. 			

Aparatos médicos y quirúrgicos/dispositivos protésicos externos Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	Silver Por cada dispositivo protésico 3.100 \$ 2.400 € 2.000 £	Gold Por cada dispositivo protésico 3.100 \$ 2.400 € 2.000 £	Platinum Por cada dispositivo protésico 3.100 \$ 2.400 € 2.000 £
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pagaremos las prótesis, aparatos o dispositivos externos que sean necesarios como parte del tratamiento de un beneficiario (con sujeción a las limitaciones que se explican seguidamente). <p>Pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un aparato o dispositivo protésico que sea una parte necesaria del tratamiento inmediatamente después de una intervención quirúrgica durante el tiempo que sea médicamente necesario; • Un aparato o dispositivo protésico que sea médicamente necesario y forme parte del proceso de recuperación a corto plazo. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pagaremos un dispositivo protésico externo inicial para los beneficiarios de 18 años de edad o más por periodo de cobertura. No pagamos dispositivos protésicos de sustitución para los beneficiarios de 18 años o más. ➤ Pagaremos un dispositivo protésico externo inicial y hasta dos repuestos para los beneficiarios de 17 años o menos por periodo de cobertura. ➤ Por “dispositivo protésico” externo se entiende una parte del cuerpo artificial externa, como por ejemplo una extremidad protésica o una mano protésica que sea médicamente necesaria como parte del tratamiento inmediatamente después de la intervención quirúrgica del beneficiario o como parte del proceso de recuperación a corto plazo. 			

	Silver	Gold	Platinum
Servicio de ambulancia aérea y ambulancia local	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cuando sea médicamente necesario, pagaremos una ambulancia local para trasladar a un beneficiario: <ul style="list-style-type: none"> • desde el lugar del accidente o lesión hasta un hospital; • de un hospital a otro; o • desde su hogar hasta un hospital. ▶ Pagaremos únicamente una ambulancia terrestre local cuando su uso esté relacionado con un tratamiento que el beneficiario necesite recibir en un hospital. Cuando sea médicamente necesario, pagaremos una ambulancia aérea para trasladar al beneficiario desde el lugar del accidente o lesión hasta un hospital o de un hospital a otro. <p>Notas importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La cobertura de ambulancia aérea está sujeta a las condiciones y limitaciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • En algunas situaciones será imposible, inviable o irrazonablemente peligroso el uso de una ambulancia aérea. En estas situaciones no dispondremos ni pagaremos una ambulancia aérea. Esta póliza no garantiza que haya siempre una ambulancia aérea disponible cuando se solicite, incluso aunque sea médicamente apropiado. • Pagaremos solamente una ambulancia aérea local, como por ejemplo un helicóptero, para trasladar a un beneficiario a distancias de hasta 160 kilómetros (100 millas) y únicamente pagaremos una ambulancia aérea cuando su uso esté relacionado con un tratamiento que el beneficiario necesite recibir en un hospital. ▶ Esta póliza no proporciona cobertura para servicios de rescate de montaña. ▶ La cobertura de evacuación médica o repatriación está disponible exclusivamente si tiene cobertura conforme a la opción de Evacuación médica internacional. Consulte la sección pertinente de esta Guía del cliente para obtener detalles sobre dicha opción. 			

	Silver	Gold	Platinum
Prestación en efectivo para hospitalización Por noche hasta 30 noches por periodo de cobertura.	100 \$ 75 € 65 £	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Efectuaremos un pago en efectivo directamente al beneficiario cuando: <ul style="list-style-type: none"> • reciba un tratamiento hospitalario que esté cubierto por este plan; • pernocte en un hospital; y • no le hayan cobrado los costes de la habitación, las comidas y el tratamiento. 			

	Silver	Gold	Platinum
Tratamiento dental hospitalario de urgencia	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cubriremos el tratamiento dental hospitalario tras un accidente grave, con sujeción a las condiciones que se exponen a continuación. ▶ Pagaremos el tratamiento dental de urgencia que requiera un beneficiario mientras esté hospitalizado, si dicho tratamiento dental hospitalario de urgencia ha sido recomendado por el médico que trate al paciente a causa de una emergencia dental (pero no es el tratamiento primario para el que el beneficiario está en el hospital). ▶ Esta prestación se paga en lugar de cualesquiera otras prestaciones dentales a las que pueda tener derecho el beneficiario en estas circunstancias. 			

Tratamiento de trastornos y enfermedades mentales y tratamiento de las adicciones

Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.

Silver

5.000 \$
3.700 €
3.325 £

Gold

10.000 \$
7.400 €
6.650 £

Platinum

Pagado por completo

- Con sujeción a los límites que se explican a continuación, pagaremos:
 - el tratamiento de trastornos y enfermedades mentales y
 - el diagnóstico de adicciones (incluyendo el alcoholismo).

Tratamiento de las adicciones

- Pagaremos un curso o programa de tratamiento de las adicciones en un centro especializado que proporcione tratamiento basado en pruebas, si dicho tratamiento es médicamente necesario y ha sido recomendado por un médico.
- Pagamos hasta tres intentos de desintoxicación, tras lo cual solamente pagaremos un tratamiento adicional de desintoxicación si el beneficiario realiza un curso o programa formal ambulatorio de tratamiento de adicciones.
- No pagaremos ningún otro tratamiento relacionado con el alcoholismo o la adicción, ni ningún otro tratamiento de enfermedades relacionadas (como la depresión, demencia o fallo hepático), cuando creamos razonablemente que la enfermedad que requiere tratamiento fue resultado directo del alcoholismo o adicción.

Notas importantes

- Para el tratamiento de trastornos y enfermedades mentales y el tratamiento de las adicciones, pagaremos solamente el tratamiento basado en pruebas, médicamente necesario y recomendado por un médico.
- Pagaremos hasta un total máximo combinado de 90 días de tratamiento para trastornos y enfermedades mentales y tratamiento de las adicciones en un periodo de cobertura, incluyendo hasta 30 días de tratamiento en régimen de hospitalización.
- Pagaremos hasta un total máximo combinado de 180 días de tratamiento para trastornos y enfermedades mentales y tratamiento de las adicciones en un periodo de cinco años. Por ejemplo, si un beneficiario utiliza 90 días de tratamiento de una enfermedad mental o adicción en un periodo de cobertura y 90 días de tratamiento de una enfermedad mental o adicción en el periodo de cobertura siguiente, no pagaremos ningún tratamiento adicional de una enfermedad mental o adicción durante los siguientes tres años consecutivos de cobertura.
- Para determinar cuándo se han alcanzado estos límites de 30, 90 y 180 días:
 - contamos cada noche de estancia en el hospital durante la cual el beneficiario reciba el tratamiento en régimen de hospitalización como un día; y
 - contamos cada día en el que el beneficiario reciba tratamiento externo y ambulatorio como un día.
- No pagaremos los fármacos con prescripción o los medicamentos prescritos de forma ambulatoria para ninguno de estos cuadros clínicos, a menos que haya adquirido la opción de Asistencia ambulatoria internacional.
- Con sujeción a acuerdo previo y siempre y cuando el médico se encuentre dentro de su área de cobertura seleccionada, podemos pagar las consultas que tengan lugar por medios electrónicos o por vía telefónica.

Atención oncológica

Silver

Pagado por completo

Gold

Pagado por completo

Platinum

Pagado por completo

- Después de recibir un diagnóstico de cáncer, pagaremos los costes del tratamiento del cáncer si consideramos que el tratamiento es un tratamiento activo y un tratamiento basado en pruebas. Esto incluye la quimioterapia, radioterapia, oncología, pruebas diagnósticas y fármacos, tanto si el beneficiario pernocta en un hospital como si recibe tratamiento como paciente externo o ambulatorio.
- No pagamos la detección genética del cáncer.

ATENCIÓN A LOS PADRES Y AL BEBÉ

	Silver	Gold	Platinum
Cuidados rutinarios de la prestación de maternidad (solo en los planes Gold y Platinum) Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura. Disponible una vez que la madre haya tenido cobertura conforme a la póliza durante doce (12) meses o más.	No cubierto	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pagaremos el tratamiento y los cuidados siguientes a los padres y al bebé, en régimen de hospitalización o externo según proceda, si la madre ha sido beneficiaria de esta póliza durante un periodo continuo de al menos doce (12) meses o más: <ul style="list-style-type: none"> • honorarios de hospital, tocólogos y comadronas en partos rutinarios; y • los honorarios resultantes de los cuidados posnatales requeridos por la madre inmediatamente después de un parto rutinario. ➤ No pagaremos la gestación por sustitución ni ningún tratamiento relacionado. No pagaremos el tratamiento ni los cuidados de la prestación por maternidad a una beneficiaria que actúe como madre de alquiler ni a ninguna persona que actúe como madre de alquiler para un beneficiario. 			

	Silver	Gold	Platinum
Complicaciones derivadas de la maternidad (solo en los planes Gold y Platinum) Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura. Disponible una vez que la madre haya tenido cobertura conforme a la póliza durante doce (12) meses o más.	No cubierto	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £	28.000 \$ 22.000 € 18.000 £
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pagaremos el tratamiento en régimen de hospitalización o ambulatorio relacionado con complicaciones derivadas del embarazo o el parto si la madre ha sido beneficiaria con arreglo a esta póliza durante un periodo continuado de al menos doce (12) meses o más. Esto está limitado a los cuadros clínicos que puedan derivarse únicamente como resultado directo del embarazo o el parto, incluyendo el aborto y el embarazo ectópico. ➤ Esta parte de la póliza no proporciona cobertura para los partos en el hogar. ➤ Pagaremos una cesárea únicamente cuando sea médicamente necesaria. Si no podemos confirmar que era médicamente necesaria, pagaremos exclusivamente hasta el límite de la cobertura de cuidados rutinarios de la prestación por maternidad de la madre. ➤ No pagaremos la gestación por sustitución ni ningún tratamiento relacionado. No pagaremos el tratamiento ni los cuidados de la prestación por maternidad a una beneficiaria que actúe como madre de alquiler ni a ninguna persona que actúe como madre de alquiler para un beneficiario. 			

	Silver	Gold	Platinum
Partos en casa (solo en los planes Gold y Platinum) Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura. Disponible una vez que la madre haya tenido cobertura conforme a la póliza durante doce (12) meses o más.	No cubierto	500 \$ 370 € 335 £	1.100 \$ 850 € 700 £
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pagaremos los honorarios de comadronas y especialistas relacionados con los partos en casa rutinarios si la madre ha sido beneficiaria con arreglo a esta póliza durante un periodo continuado de doce (12) meses o más. ➤ Obsérvese que la cobertura de Complicaciones derivadas de la maternidad explicada anteriormente no incluye cobertura para el parto en casa. Esto significa que los gastos relativos a complicaciones que surjan en relación con el parto en casa se abonarán únicamente según los límites establecidos para el parto en casa, según se explica en la lista de prestaciones. 			

	Silver	Gold	Platinum
Atención para recién nacidos Hasta el importe máximo que se indica para el tratamiento en los 90 primeros días después del parto. Disponible una vez que al menos uno de los padres haya tenido cobertura conforme a la póliza durante 12 meses o más.	25.000 \$ 18.500 € 16.500 £	75.000 \$ 55.500 € 48.000 £	156.000 \$ 122.000 € 100.000 £

- Siempre y cuando se incorpore al recién nacido a la póliza, pagaremos:
 - hasta 10 días de cuidados rutinarios para el bebé después del parto; y
 - todo tratamiento requerido para el bebé durante los 90 primeros días después del parto en lugar de cualquier otra prestación, si al menos uno de los padres ha estado cubierto por la póliza durante un periodo continuado de 12 meses o más antes del alumbramiento del recién nacido.
 No necesitaremos información sobre la salud del recién nacido ni un examen médico si recibimos una solicitud para incorporar al recién nacido a la póliza en el plazo de los 30 días siguientes a la fecha de nacimiento del recién nacido. Si se recibe la solicitud después de 30 días desde la fecha de nacimiento del recién nacido, este deberá someterse a una evaluación de riesgos médicos y exigiremos la cumplimentación de un cuestionario médico de salud conforme al cual podemos aplicar exclusiones o limitaciones especiales.
- Pagaremos:
 - hasta 10 días de cuidados rutinarios para el bebé después del parto; y
 - todo tratamiento requerido por el bebé durante los 90 primeros días desde su nacimiento en lugar de cualquier otra prestación, si ninguno de los padres ha tenido cobertura conforme a la póliza durante un periodo continuado de 12 meses o más antes del nacimiento del recién nacido y recibimos una solicitud para incorporar al recién nacido a la póliza como beneficiario. El recién nacido deberá someterse a una evaluación de riesgos médicos y exigiremos la cumplimentación de un cuestionario médico de salud. La cobertura del recién nacido estará sujeta a una evaluación de riesgos médicos conforme a la cual podemos aplicar exclusiones o limitaciones especiales.
- Las prestaciones de cuidados para el recién nacido descritas anteriormente no están disponibles para los niños nacidos después de someterse a un tratamiento de fertilidad (como la fecundación in vitro), los nacidos de madres de alquiler o los adoptados. En estas circunstancias los niños solo podrán quedar cubiertos por la póliza cuando tengan 90 días. La cobertura del bebé estará sujeta a la cumplimentación de un cuestionario médico de salud conforme al cual podemos aplicar exclusiones o limitaciones especiales.

	Silver	Gold	Platinum
Afecciones congénitas Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	20.000 \$ 14.800 € 13.300 £	39.000 \$ 30.500 € 25.000 £

- Pagaremos el tratamiento en régimen de hospitalización o externo de enfermedades congénitas que se manifiesten antes del 18º cumpleaños, si:
 - por lo menos uno de los padres ha tenido cobertura conforme a la póliza durante un periodo continuado de 12 meses o más antes del nacimiento del recién nacido y se incorpora al recién nacido a la póliza en un plazo de 30 días desde su nacimiento.
 - no eran evidentes en el momento de la activación de la póliza.

SUS OPCIONES DE FRANQUICIA Y PARTICIPACIÓN EN LOS COSTES

Franquicia (varios) La franquicia es la cantidad que usted debe pagar antes de que cualquier solicitud de reembolso quede cubierta por su plan.	0 \$/375 \$/750 \$/1.500 \$/3.000 \$/7.500 \$/10.000 \$ 0 €/275 €/550 €/1.100 €/2.200 €/5.500 €/7.400 € 0 £/250 £/500 £/1.000 £/2.000 £/5.000 £/6.650 £
Participación en los costes tras la franquicia y desembolso máximo La participación en los costes es el porcentaje de cada solicitud de reembolso no cubierto por su plan. El desembolso máximo es la cantidad máxima de la participación en los costes que usted tendría que pagar en un periodo de cobertura. El importe de la participación en los costes se calcula después de tener en cuenta la franquicia. Solo las cantidades que usted paga relacionadas con la participación en los costes contribuyen al desembolso máximo.	<p>En primer lugar, escoja su porcentaje de participación en los costes:</p> <p>0 %/10 %/20 %/30 %</p> <p>A continuación, escoja su desembolso máximo:</p> <p>2.000 \$ o 5.000 \$ 1.480 € o 3.700 € 1.330 £ o 3.325 £</p>

LAS PÁGINAS SIGUIENTES DETALLAN LAS PRESTACIONES OPCIONALES DISPONIBLES QUE PUEDE AÑADIR A SU COBERTURA PRINCIPAL, **SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL**.

PUEDE AÑADIR TANTAS PRESTACIONES OPCIONALES COMO DESEE PARA CREAR UN PLAN QUE SE ADAPTE A SUS NECESIDADES.



ASISTENCIA AMBULATORIA INTERNACIONAL

La Asistencia ambulatoria internacional le cubre de forma más completa en la atención ambulatoria y en las urgencias médicas que pueden surgir cuando no se requiere el ingreso en el hospital como paciente hospitalizado o externo. Cubre además las consultas con médicos generales y especialistas, vendajes y fármacos con prescripción para pacientes ambulatorios, cuidado prenatal y posnatal para pacientes ambulatorios, fisioterapia, osteopatía, quiropraxia y mucho más.

SU LÍMITE GENERAL

	Silver	Gold	Platinum
Prestación anual: máximo por beneficiario por periodo de cobertura Esto incluye las solicitudes de reembolso pagadas en todas las secciones de la asistencia ambulatoria internacional.	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	25.000 \$ 18.500 € 16.625 £	Ilimitado

SUS PRESTACIONES MÉDICAS ESTÁNDAR

	Silver	Gold	Platinum
Consultas con médicos generales y con especialistas Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	125 \$/90 €/80 £ límite por visita. Hasta 15 visitas por año.	250 \$/185 €/165 £ límite por visita. Hasta 30 visitas por año.	Pagado por completo

- Pagaremos las consultas o visitas a un médico que sean necesarias para diagnosticar una enfermedad o para ordenar o recibir un tratamiento hasta el número máximo de visitas que figura en la tabla de prestaciones.
- Pagaremos el tratamiento no quirúrgico ambulatorio recomendado por un especialista como medicamento necesario.
- Con sujeción a acuerdo previo y siempre y cuando el médico se encuentre dentro de su área de cobertura seleccionada, podemos pagar las consultas que tengan lugar por medios electrónicos o por vía telefónica.

	Silver	Gold	Platinum
Cuidados prenatales y posnatales (solo en los planes Gold y Platinum) Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura. Disponible una vez que la madre haya tenido cobertura conforme a esta opción durante doce (12) meses o más.	No cubierto	3.500 \$ 2.750 € 2.250 £	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £

- Pagaremos los cuidados prenatales y posnatales ambulatorios médicamente necesarios si la madre ha sido beneficiaria conforme a la prestación opcional de Asistencia ambulatoria internacional durante un periodo continuado de al menos 12 meses o más.
- Entre los ejemplos de dicho tratamiento y pruebas se incluyen los siguientes:
- honorarios habituales de tocólogos y comadronas;
 - todos los reconocimientos y ecografías programados;
 - vendajes, fármacos y medicamentos recetados;
 - análisis de sangre prenatales rutinarios, si fueran necesarios;
 - amniocentesis (denominada también la prueba del líquido amniótico o PLA) o muestra de vellosidades coriónicas (denominada también MVC);
 - pruebas prenatales no invasivas (PPNI) para personas de alto riesgo; y
 - los gastos resultantes de los cuidados posnatales requeridos por la madre inmediatamente después de un parto rutinario.

	Silver	Gold	Platinum
Patología, radiología y pruebas diagnósticas (excluidas las pruebas de imagen médica avanzada) Hasta el importe máximo indicado por periodo de cobertura.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
<p>› Pagaremos las pruebas siguientes cuando sean médicamente necesarias y hayan sido recomendadas por un especialista como parte del tratamiento ambulatorio de un beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas de sangre y orina, • radiografías, • ecografías, • electrocardiogramas (ECG) y • otras pruebas diagnósticas (excluyendo las pruebas de imagen médica avanzada). 			

	Silver	Gold	Platinum
Tratamiento de fisioterapia Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
<p>› Pagaremos el tratamiento ambulatorio de fisioterapia que sea médicamente necesario y de carácter restaurativo para ayudarle a realizar sus actividades normales de la vida diaria. El tratamiento debe ser prestado por un profesional debidamente cualificado que tenga la licencia apropiada para ejercer en el país donde se reciba el tratamiento. Esto excluye cualquier tratamiento de medicina deportiva.</p> <p>› Exigiremos un informe médico y un plan de tratamiento previamente a la aprobación.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Osteopatía y tratamiento quiropráctico Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	Pagado por completo hasta 15 visitas	Pagado por completo hasta 15 visitas	Pagado por completo hasta 30 visitas
<p>› Pagaremos hasta un total máximo combinado de visitas en un periodo de cobertura para recibir tratamiento de osteopatía y quiropráctico que sea tratamiento basado en pruebas, médicamente necesario y recomendado por el especialista que trate al paciente, si un médico recomienda el tratamiento y deriva al paciente para que lo reciba. El tratamiento debe ser provisto por un profesional debidamente cualificado que tenga la licencia apropiada para ejercer en el país donde se reciba el tratamiento. Exigiremos un informe médico y un plan de tratamiento previamente a la aprobación. Esto excluye cualquier tratamiento de medicina deportiva.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Acupuntura, homeopatía y medicina china Hasta un máximo combinado de 15 visitas por periodo de cobertura.	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› Pagaremos un total máximo combinado de 15 consultas con acupunctores, homeópatas y profesionales de la medicina china para cada beneficiario en un periodo de cobertura, si tales tratamientos son recomendados por un médico. El tratamiento debe ser prestado por un profesional debidamente cualificado que tenga la licencia apropiada para ejercer en el país donde se reciba el tratamiento.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Logopedia restaurativa Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
<p>➤ Pagaremos la logopedia restaurativa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> se requiere inmediatamente después de un tratamiento que esté cubierto por esta póliza (por ejemplo, como parte de los cuidados de seguimiento del beneficiario tras haber sufrido un infarto cerebral); un especialista confirma que es médicamente necesario a corto plazo. <p>Notas importantes</p> <p>➤ Solamente pagaremos la logopedia si su objetivo es restaurar la función disminuida del habla.</p> <p>➤ No pagaremos una logopedia que:</p> <ul style="list-style-type: none"> tenga como objetivo mejorar destrezas del lenguaje no desarrolladas completamente; sea de carácter educativo; esté destinada a mantener la comunicación oral; esté orientada a mejorar trastornos del habla o del lenguaje (como el balbuceo); o que sea resultado de dificultades del aprendizaje, problemas del desarrollo (como la dislexia), un trastorno por déficit de atención e hiperactividad o autismo. 			

	Silver	Gold	Platinum
Vendajes y fármacos con prescripción Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	500 \$ 370 € 330 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £	Pagado por completo
<p>➤ Pagaremos los vendajes y fármacos con prescripción que sean prescritos por un médico en régimen ambulatorio.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Alquiler de equipamiento médico duradero Hasta un máximo de 45 días en el periodo de cobertura.	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>➤ Pagaremos el alquiler de equipamiento médico duradero durante hasta 45 días por periodo de cobertura, si el uso de dicho equipo es recomendado por un especialista como apoyo al tratamiento del beneficiario.</p> <p>➤ Solamente pagaremos el alquiler de equipamiento médico duradero que:</p> <ul style="list-style-type: none"> no sea desechable y pueda ser utilizado más de una vez; tenga un fin médico; sea apto para su uso en el hogar; y sea solo de un tipo utilizado normalmente por una persona que sufra los efectos de una enfermedad, dolencia o lesión. 			

	Silver	Gold	Platinum
Vacunas en adultos Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	250 \$ 185 € 165 £	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>➤ Pagaremos determinadas vacunas e inmunizaciones que sean clínicamente apropiadas, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> gripe, tétanos (una vez cada 10 años), hepatitis A, hepatitis B, meningitis, rabia, cólera, fiebre amarilla, encefalitis japonesa, dosis de refuerzo contra la polio, fiebre tifoidea y malaria (en comprimido, diaria o semanalmente). 			

	Silver	Gold	Platinum
Accidentes dentales Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	1.000 \$ 740 € 665 £	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si un beneficiario precisa tratamiento dental como resultado de lesiones que haya sufrido en un accidente, pagaremos el tratamiento dental ambulatorio para todo diente natural sano dañado o afectado por el accidente, siempre y cuando el tratamiento comience inmediatamente después del accidente y finalice en un plazo de 30 días desde la fecha del accidente. ➤ Para aprobar este tratamiento, solicitaremos la confirmación del dentista que trate al beneficiario sobre: <ul style="list-style-type: none"> • la fecha del accidente y • el hecho de que el diente o los dientes que sean el objeto del tratamiento propuesto son dientes naturales sanos. ➤ Pagaremos este tratamiento en lugar de cualquier otro tratamiento dental al que pueda tener derecho el beneficiario en virtud de esta póliza, cuando necesite tratamiento tras sufrir daños accidentales en uno o varios dientes. ➤ No pagaremos la reparación o provisión de implantes dentales, coronas o dentaduras postizas conforme a esta parte de la presente póliza. 			

	Silver	Gold	Platinum
Revisiones pediátricas	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pagaderas para niños en los intervalos de edad adecuados hasta los seis años. ➤ Pagaremos las revisiones pediátricas en cualquiera de los intervalos de edad adecuados (nacimiento, dos meses, cuatro meses, seis meses, nueve meses, doce meses, quince meses, dieciocho meses, dos años, tres años, cuatro años, cinco años y seis años), así como los servicios de un médico para ofrecer cuidados preventivos consistentes en: <ul style="list-style-type: none"> • evaluación del historial médico, • reconocimientos físicos, • valoración del desarrollo, • orientación preventiva y • vacunas y pruebas de laboratorio apropiadas para los niños de hasta seis años de edad, inclusive. <p>Pagaremos una visita a un médico en cada uno de los intervalos de edad adecuados (hasta un total de 13 visitas por cada niño) para recibir servicios de cuidados preventivos.</p> ➤ Además, pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> • un chequeo médico al comenzar la escolarización para evaluar el crecimiento, la audición y la visión, para cada niño de hasta seis años de edad, inclusive. • la detección sistemática de la retinopatía diabética para niños de más de 12 años con diabetes. 			

	Silver	Gold	Platinum		
Inmunizaciones infantiles	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pagaremos las vacunas siguientes para los niños de hasta 17 años de edad, inclusive: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • DTP (difteria, tétanos y pertusis), • RSP (rubeola, sarampión y paperas), • HiB (Haemophilus influenza tipo b), • polio, </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • gripe, • hepatitis B, • meningitis y • virus del papiloma humano (VPH). </td> </tr> </table> 				<ul style="list-style-type: none"> • DTP (difteria, tétanos y pertusis), • RSP (rubeola, sarampión y paperas), • HiB (Haemophilus influenza tipo b), • polio, 	<ul style="list-style-type: none"> • gripe, • hepatitis B, • meningitis y • virus del papiloma humano (VPH).
<ul style="list-style-type: none"> • DTP (difteria, tétanos y pertusis), • RSP (rubeola, sarampión y paperas), • HiB (Haemophilus influenza tipo b), • polio, 	<ul style="list-style-type: none"> • gripe, • hepatitis B, • meningitis y • virus del papiloma humano (VPH). 				

	Silver	Gold	Platinum
Pruebas rutinarias anuales	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› Pagaremos las pruebas rutinarias siguientes para los niños de hasta 15 años de edad, inclusive:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un examen ocular y • un examen de audición. 			

	Silver	Gold	Platinum
Cuidado 60+ años (solo en los planes Gold y Platinum) Hasta la cantidad máxima mostrada por periodo de cobertura.	No cubierto	1.000 \$ 740 € 665 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £
<p>› Si un beneficiario tiene 60 años o más, o va a cumplir 60 años en el periodo de cobertura, y ha declarado uno de los siguientes problemas en su cuestionario médico, pagaremos el tratamiento ambulatorio que resulte médicamente necesario en relación con el tratamiento de su enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artritis, dolor en las articulaciones o en la espalda • Diabetes tipo 2 • Glaucoma • Hipertensión • Osteoporosis / Osteopenia <p>Notas importantes:</p> <p>› Si durante el periodo de aplicación ha seleccionado la opción de padecer una de las anteriores enfermedades cubiertas con una prima adicional, ya sea que la enfermedad esté cubierta íntegramente de forma ambulatoria u hospitalaria (si la opción ambulatoria internacional ha sido seleccionada), este beneficio no será aplicable.</p> <p>› Algunos ejemplos de tratamientos médicamente necesarios y pruebas son: consultas con médicos y especialistas; patología y radiología; fisioterapia; medicamentos y vendajes prescritos, osteopatía y quiropractia, y acupuntura, homeopatía y medicina china. Tenga en cuenta que este beneficio excluye la Imagenología Médica Avanzada.</p> <p>› Tiene derecho a recibir tratamiento por las enfermedades cubiertas (pero no enfermedades, síntomas o complicaciones derivadas de esas enfermedades) de forma ambulatoria, hasta el importe máximo mostrado por periodo de cobertura.</p> <p>› El beneficio está sujeto a cualquier deducible o reparto de costes elegido en su póliza.</p>			

SUS OPCIONES DE FRANQUICIA Y PARTICIPACIÓN EN LOS COSTES

<p>Franquicia (varios) La franquicia es la cantidad que usted debe pagar antes de que cualquier solicitud de reembolso quede cubierta por su plan.</p>	<p>0 \$/150 \$/500 \$/1.000 \$/1.500 \$ 0 €/110 €/370 €/700 €/1.100 € 0 £/100 £/335 £/600 £/1.000 £</p>
<p>Participación en los costes tras la franquicia y desembolso máximo La participación en los costes es el porcentaje de cada solicitud de reembolso no cubierto por su plan.</p> <p>El desembolso máximo es la cantidad máxima de la participación en los costes que usted tendría que pagar en un periodo de cobertura.</p> <p>El importe de la participación en los costes se calcula después de tener en cuenta la franquicia. Solo las cantidades que usted paga relacionadas con la participación en los costes contribuyen al desembolso máximo.</p>	<p>En primer lugar, escoja su porcentaje de participación en los costes:</p> <p>0 %/10 %/20 %/30 %</p> <p>Su desembolso máximo es:</p> <p>3.000 \$ 2.200 € 2.000 £</p>

EVACUACIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

La evacuación médica internacional cubre los costes razonables de transporte al centro de excelencia médica más cercano si el tratamiento no está disponible a nivel local en caso de urgencia. Esta opción también incluye cobertura de repatriación, lo que permite al beneficiario volver a su país de residencia habitual o a su país de origen para recibir el tratamiento en una ubicación familiar. Incluye asimismo visitas solidarias para que uno de los padres, el/la cónyuge, compañero/a, hermano/a o hijo/a visite a un beneficiario después de un accidente o enfermedad repentina y de que el beneficiario no haya sido evacuado o repatriado.

SU LÍMITE GENERAL

	Silver	Gold	Platinum
Prestación anual: máximo por beneficiario por periodo de cobertura	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo

SUS PRESTACIONES MÉDICAS ESTÁNDAR

	Silver	Gold	Platinum
Evacuación médica	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Traslado al centro de excelencia médica más cercano si el tratamiento que necesita el beneficiario no está disponible a nivel local en caso de urgencia. › Si un beneficiario requiere tratamiento de urgencia, pagaremos la evacuación médica para que: <ul style="list-style-type: none"> • sea trasladado al hospital más cercano donde esté disponible el tratamiento necesario (incluso aunque esté en otra parte del país, o en otro país); y • para regresar al lugar desde el que fue trasladado, siempre y cuando el viaje de regreso tenga lugar no más de 14 días después de la conclusión del tratamiento. › Por lo que respecta al viaje de regreso, pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> • el precio de un pasaje de avión en clase turista o • el coste razonable del viaje por tierra o por mar, el que fuera inferior. › Solamente pagaremos tarifas de taxi si: <ul style="list-style-type: none"> • es médicamente preferible que el beneficiario viaje al aeropuerto en taxi, en lugar de hacerlo en ambulancia; y • se obtiene previamente la aprobación del servicio de asistencia médica. › Pagaremos la evacuación (aunque no la repatriación) en el caso de que el beneficiario precise pruebas diagnósticas o tratamiento para el cáncer (como por ejemplo quimioterapia) si, en opinión de nuestro servicio de asistencia médica, la evacuación es apropiada y médicamente necesaria en las circunstancias dadas. › No pagaremos ningún otro gasto relacionado con la evacuación (como, por ejemplo, gastos de alojamiento). <p>Nota importante</p> <ul style="list-style-type: none"> › Si necesita usted regresar al hospital desde el que fue evacuado para recibir un tratamiento de seguimiento, no pagaremos gastos de viaje ni dietas. 			

	Silver	Gold	Platinum
Repatriación médica	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Si un beneficiario precisa la repatriación médica, pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> • su regreso a su país de residencia habitual o país de origen; y • su regreso al lugar desde el que fue trasladado, siempre y cuando el viaje de regreso tenga lugar no más de 14 días después de la conclusión del tratamiento. › El viaje anteriormente mencionado debe ser aprobado previamente por nuestro servicio de asistencia médica y para evitar dudas se requiere que todos los gastos de transportación sean razonables y normales. › Por lo que respecta al viaje de regreso, pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> • el precio de un pasaje de avión en clase turista o • el coste razonable del viaje por tierra o por mar, el que fuera inferior. › Solamente pagaremos tarifas de taxi si: <ul style="list-style-type: none"> • es médicamente preferible que el beneficiario viaje al aeropuerto en taxi, en lugar de hacerlo en ambulancia; y • se obtiene previamente la aprobación del servicio de asistencia médica. › No pagaremos ningún otro gasto relacionado con la repatriación (como por ejemplo gastos de alojamiento). <p>Notas importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> › Si necesita regresar al hospital desde el que fue repatriado para recibir un tratamiento de seguimiento, no pagaremos gastos de viaje ni dietas. › Si un beneficiario contacta con el servicio de asistencia médica para solicitar el acuerdo previo para la repatriación, pero el servicio de asistencia médica no considera que la repatriación sea médicamente apropiada, podemos disponer en su lugar que el beneficiario sea evacuado al hospital más cercano donde esté disponible el tratamiento necesario. Repatriaremos posteriormente al beneficiario a su país de origen o país de residencia habitual especificado cuando su estado sea estable y sea médicamente apropiado hacerlo. 			

	Silver	Gold	Platinum
Repatriación de restos mortales	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Si un beneficiario fallece fuera de su país de residencia habitual durante el periodo de cobertura, el servicio de asistencia médica dispondrá que sus restos mortales sean devueltos a su país de residencia habitual o país de origen tan pronto como sea razonablemente posible, con sujeción a los requisitos y limitaciones de las líneas aéreas. › No pagaremos ningún gasto relacionado con el enterramiento o cremación ni con los gastos de transportación para que una persona recoja o acompañe a los restos mortales del beneficiario. 			

Costes de desplazamiento de la persona acompañante	Silver	Gold	Platinum
	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› Si un beneficiario necesita que uno de los padres, un hermano/a, hijo/a, cónyuge o compañero/a viaje con él en su viaje de evacuación médica o repatriación, debido a que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • precisa ayuda para subir o bajar del avión u otro vehículo, • va a viajar 1.600 km (1.000 millas) o más, • experimenta una angustia o ansiedad grave, y no está acompañado por una enfermera, paramédico u otro acompañante médico, o • tiene una lesión o enfermedad muy grave, <p>pagaremos para que un pariente o pareja lo acompañe. Los viajes (para evitar dudas, significa un viaje de ida y un viaje de vuelta) deberán ser aprobados previamente por el servicio de asistencia médica y el viaje de regreso deberá tener lugar no más de 14 días después de la conclusión del tratamiento.</p> <p>› Pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el precio de un pasaje de avión en clase turista o • los costes razonables del viaje por tierra o por mar, el que sea inferior. <p>Si procede, considerando las necesidades médicas del beneficiario, el familiar o compañero que le acompañe puede viajar en una clase diferente.</p> <p>Si es médicamente necesario que un beneficiario sea evacuado o repatriado y va a ser acompañado por su cónyuge o pareja, pagaremos también los gastos de viaje razonables de cualquier hijo/a de hasta 17 años de edad, inclusive, si de lo contrario tales hijos fueran a quedarse sin padres o tutor.</p> <p>Notas importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> › No pagaremos para que un tercero acompañe a un beneficiario si el propósito original de la evacuación era permitir que el beneficiario recibiera tratamiento ambulatorio. › No pagaremos ningún otro coste relativo a gastos de viaje de terceros, como el alojamiento o transporte local. 			

Si ha adquirido esta opción, pondremos también a su disposición las disposiciones siguientes relativas a visitas solidarias al beneficiario por parte de los familiares más próximos.

Visitas solidarias: gastos de viaje Hasta un máximo de cinco viajes por vida. Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	Silver	Gold	Platinum
		1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £
Visitas solidarias: dietas Hasta el importe máximo indicado por día para cada visita con un máximo de 10 días por visita. Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.			
		155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £
<p>› Pagaremos por cada beneficiario hasta cinco visitas solidarias a lo largo de la duración de la cobertura. Las visitas solidarias deben ser aprobadas previamente por nuestro servicio de asistencia médica.</p> <p>› Pagaremos el coste del viaje de ida y vuelta en clase turista para uno de los padres, el/la cónyuge, pareja, hermano/a o hijo/a para visitar a un beneficiario tras un accidente o enfermedad repentina, si el beneficiario se encuentra en un país diferente y se prevé que permanezca hospitalizado cinco días o más, o en caso de que haya recibido un pronóstico terminal a corto plazo.</p> <p>› Pagaremos igualmente los gastos de subsistencia que contraiga un familiar durante una visita solidaria, durante hasta 10 días por visita mientras se encuentre fuera de su país de residencia habitual hasta los límites que se indican en la lista de prestaciones (sujeto a la aportación de los recibos de los gastos contraídos).</p> <p>Nota importante</p> <p>› No pagaremos una visita solidaria cuando el beneficiario haya sido evacuado o repatriado. Si se lleva a cabo la evacuación o repatriación durante una visita solidaria, no pagaremos gastos de transportación de terceros adicionales.</p>			

COBERTURA INTERNACIONAL DE SALUD Y BIENESTAR

El seguro de salud y bienestar internacional ofrece al beneficiario cobertura para revisiones, pruebas, exámenes, así como asesoramiento y asistencia personalizados para distintos tipos de crisis, a través de nuestra educación sanitaria en línea y nuestra evaluación de riesgos para la salud. De esta forma, ayudamos al beneficiario a controlar y administrar su salud de la forma que desee.

Durante cada periodo de cobertura pagaremos la realización de las pruebas siguientes por un médico.

	Silver	Gold	Platinum
Reconocimientos físicos rutinarios para adultos Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	600 \$ 440 € 400 £
> Pagaremos la realización de reconocimientos físicos rutinarios para adultos (incluyendo, entre otros, altura, peso, análisis de sangre, análisis de orina, tensión arterial, función pulmonar) para las personas de 18 años de edad o más.			

	Silver	Gold	Platinum
Citología vaginal Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
> Pagaremos la realización de una prueba de Papanicolaou (citología vaginal) para las beneficiarias.			

	Silver	Gold	Platinum
Detección del cáncer de próstata Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
> Pagaremos un examen de próstata (antígeno prostático específico [PSA, por su sigla en inglés]) para los beneficiarios de 50 años o más.			

	Silver	Gold	Platinum
Mamografías para la detección del cáncer de mama Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
Pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> • De 35 a 39 años: una mamografía inicial en mujeres asintomáticas. • De 40 a 49 años: una mamografía en mujeres asintomáticas cada dos años. • A partir de los 50 años: una mamografía cada año. 			

	Silver	Gold	Platinum
Prueba de detección del cáncer intestinal Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
Pagaremos una prueba de detección del cáncer intestinal para los beneficiarios de 55 años o más.			

	Silver	Gold	Platinum
Densitometría ósea Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
Pagaremos una prueba para determinar la densidad de los huesos del beneficiario.			

	Silver	Gold	Platinum
Consultas dietéticas	No cubierto	No cubierto	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Pagaremos hasta cuatro consultas con un dietista por periodo de cobertura si el beneficiario requiere asesoramiento dietético en relación con una dolencia o enfermedad diagnosticada, como la diabetes (<i>plan Platinum solamente</i>). 			

	Silver	Gold	Platinum
Programa de asistencia para el manejo de la vida	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Nuestro servicio de Manejo de la Vida está disponible 24 horas al día, todos los días de la semana, los 365 días del año. Nuestros profesionales están listos para ayudarle con cualquier tema que sea importante para usted. › Pagaremos hasta cinco sesiones de asesoramiento por tema por periodo de cobertura. Puede ser asesoramiento telefónico o cara a cara. › Apoyo telefónico inmediato ilimitado para recibir asistencia en directo. <p>Facilita información, recursos y asesoramiento acerca de cualquier tema laboral, personal, familiar o de la vida importante para usted.</p> <ul style="list-style-type: none"> › Los servicios de información proporcionan apoyo, incluyendo asistencia, para las necesidades diarias o la logística de la reubicación. Los especialistas en información pueden ofrecer asistencia por vía telefónica así como investigar y proporcionar referencias preseleccionadas de recursos locales. <p>Póngase en contacto con nosotros para obtener la aprobación. El servicio es prestado por nuestro proveedor de asesoramiento seleccionado.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Educación sanitaria en línea, evaluaciones de salud y programas de formación en línea	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › El acceso a nuestra sección de salud y bienestar está disponible en su Área del cliente segura en línea. 			

COBERTURA INTERNACIONAL DE VISIÓN Y DENTAL

El seguro de visión y dental internacional cubre los gastos de los exámenes oculares rutinarios del **beneficiario**, así como de las gafas y las lentes. Asimismo, cubre una amplia gama de tratamientos **dentales** preventivos, rutinarios y especializados.

CUIDADO DE LA VISIÓN

	Silver	Gold	Platinum
Examen ocular Máximo por beneficiario por periodo de cobertura.	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Pagaremos un examen ocular rutinario por periodo de cobertura, que será realizado por un optometrista u oftalmólogo. › No pagaremos más de un examen ocular en un periodo de cobertura. 			

Gastos de:	Silver	Gold	Platinum
<ul style="list-style-type: none"> › lentes para gafas, › lentes de contacto, › monturas para gafas, › gafas de sol con prescripción, cuando todo ello sea prescrito por un optometrista u oftalmólogo.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	310 \$ 245 € 200 £
Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.			
<ul style="list-style-type: none"> › No pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> • gafas de sol, a menos que sean prescritas médicamente por un optometrista u oftalmólogo, • gafas o lentes que no sean médicamente necesarias o no hayan sido prescritas por un optometrista u oftalmólogo, ni • tratamiento o intervenciones quirúrgicas, incluyendo el tratamiento o la cirugía para corregir la visión, como la cirugía ocular láser, queratotomía refractiva (QR) o queratectomía fotorrefractiva (QFR). › Deberá facilitarnos una copia de la prescripción o factura de las lentes correctoras como justificante de toda solicitud de reembolso de gastos de monturas. 			

TRATAMIENTO DENTAL

SU LÍMITE GENERAL

	Silver	Gold	Platinum
Prestación anual: máximo por beneficiario por periodo de cobertura	1.250 \$ 930 € 830 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.500 \$ 4.300 € 3.500 £

	Silver	Gold	Platinum
Tratamiento dental preventivo Disponible después de que el beneficiario haya recibido cobertura con esta opción durante tres meses.	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>➤ Pagaremos el tratamiento dental preventivo siguiente recomendado por un dentista después de que el beneficiario haya tenido la cobertura de visión y dental internacional durante al menos tres meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dos revisiones dentales por periodo de cobertura; • radiografías, incluyendo radiografía interproximal, de una vista y ortopantomografía (OPG); • raspaje y pulido, incluyendo la aplicación tópica de flúor cuando sea necesaria (dos por periodo de cobertura); • un protector bucal por periodo de cobertura; • una férula dental de descarga por periodo de cobertura; y • sellador de fisuras. 			

	Silver	Gold	Platinum
Tratamiento dental rutinario Disponible después de que el beneficiario haya recibido cobertura con esta opción durante tres meses.	80 % de reembolso por periodo de cobertura	90 % de reembolso por periodo de cobertura	Pagado por completo
<p>➤ Pagaremos los gastos del tratamiento dental rutinario siguiente después de que el beneficiario haya tenido cobertura de visión y dental internacional durante al menos tres meses (si dicho tratamiento es necesario para la salud oral continuada y es recomendado por un dentista):</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento del conducto radicular; • extracciones; • intervenciones quirúrgicas; • tratamiento ocasional; • anestesia; y • tratamiento periodontal. 			

	Silver	Gold	Platinum
Tratamiento dental restaurativo complejo Disponible después de que el beneficiario haya recibido cobertura con esta opción durante 12 meses.	70 % de reembolso por periodo de cobertura	80 % de reembolso por periodo de cobertura	Pagado por completo
<p>➤ Pagaremos los gastos de tratamiento correspondientes a los tratamientos dentales restaurativos complejos siguientes después de que el beneficiario haya tenido cobertura de visión y dental internacional durante al menos 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dentaduras postizas (acrílicas/sintéticas, metálicas y metálicas/acrílicas); • coronas; • empastes; y • colocación de implantes dentales. <p>➤ Si el beneficiario necesita un tratamiento dental restaurativo complejo antes de haber recibido la cobertura de visión y dental internacional durante 12 meses, pagaremos el 50 % de los costes del tratamiento.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Tratamiento de ortodoncia Disponible después de que el beneficiario haya recibido cobertura con esta opción durante 18 meses.	40 % de reembolso por periodo de cobertura	50 % de reembolso por periodo de cobertura	50 % de reembolso por periodo de cobertura
<p>➤ Pagaremos el tratamiento de ortodoncia para los beneficiarios de hasta 18 años, inclusive, si han tenido cobertura de visión y dental internacional durante al menos 18 meses.</p> <p>➤ Pagaremos el tratamiento de ortodoncia únicamente si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el dentista u ortodoncista que va a realizar el tratamiento nos proporciona, por anticipado, una descripción detallada del tratamiento propuesto (incluyendo radiografías y moldes), así como un presupuesto del coste del tratamiento; y • hemos aprobado el tratamiento previamente. 			

DISPOSICIONES CLAVE DE LOS PRODUCTOS

Las disposiciones que encontrará a continuación son disposiciones clave de los productos que se encuentran en los contratos de nuestras pólizas. Se trata únicamente de un breve resumen, que prevalecerán en caso de conflicto entre ambos documentos y que contienen los términos y condiciones, las definiciones y las exclusiones generales. La Guía del Cliente también indica los límites explicación adicional.

1. CLÁUSULA DE CANCELACIÓN - Sin perjuicio de cualquier requisito normativo o legal en conflicto, podemos cancelar la presente póliza si:

- 1.1 No se pagan las primas o cualquier otro cargo (incluyendo los impuestos de aplicación) en su totalidad en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de vencimiento. Le haremos llegar una notificación por escrito en caso de que vayamos a cancelar la póliza por dicha razón; o
- 1.2 Resulta ilegítimo que prestemos cualquiera de las coberturas disponibles en la presente póliza; o
- 1.3 Alguno de los beneficiarios se halla en una lista que imponga sanciones económicas en individuos o entidades específicos y elaborada por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, la Unión Europea, la Oficina de los Estados Unidos para el Control de los Activos Extranjeros o cualquier otra jurisdicción de aplicación; o
- 1.4 Determinamos que, a sabiendas o de manera imprudente, ha proporcionado información que sabe o cree ser incierta o imprecisa, o no ha proporcionado la información que le hayamos solicitado. Lo anterior podría afectar al pago de las reclamaciones de conformidad con su póliza y podría tener como consecuencia que canceláramos su cobertura; o
- 1.5 Hemos dejado de estar en el mercado y no podemos proporcionarle la póliza o una alternativa adecuada en su zona geográfica.

Si la presente póliza termina antes de la fecha normal de finalización, cualquier prima pagada en relación con el periodo posterior a la finalización de la cobertura será reembolsada de manera prorrateada, siempre y cuando no se haya realizado ninguna reclamación ni se haya presentado durante el periodo de cobertura ninguna garantía de pago o aprobaciones de antemano. Si la póliza se da por terminada de conformidad con la cláusula 14.1.4 de las Normas de la Póliza, es posible que no le reembolsemos las primas que haya pagado ni le paguemos cualquier reclamación que haya realizado con esta póliza.

Si la póliza termina antes de la fecha normal de finalización y ha realizado alguna reclamación en virtud de la póliza, tendrá la responsabilidad de abonar cualquier prima restante que no haya sido satisfecha.

Si el tratamiento ha sido autorizado, Cigna no asumirá la responsabilidad de ningún coste del tratamiento si la póliza termina o si el beneficiario abandona la póliza antes de haber llevado a cabo el tratamiento.

En la medida de lo posible, le escribiremos al menos un mes antes de la fecha de finalización para notificarle por escrito que la póliza no será renovada a partir de la fecha de finalización.

2. TÉRMINOS DE RENOVACIÓN- La presente póliza es un contrato anual. Eso significa que, amenos que se cancele antes o se renueve, la cobertura finalizará un año después de la fecha de inicio.

Le escribiremos al menos un mes natural antes de la fecha de finalización y le preguntaremos si desea renovar la cobertura de la que dispone actualmente. Asimismo le informaremos de cualquier cambio en relación con las primas, definiciones, beneficios y términos y condiciones que serán de aplicación a partir de la renovación. Le notificaremos dichos cambios con al menos un (1) mes natural de antelación.

Si decide renovar, no tiene que hacer nada y su cobertura se renovará automáticamente otros doce (12) meses. La renovación está sujeta a las definiciones, los beneficios y los términos y condiciones de las Normas de la Póliza en vigor en el momento de la renovación. Si no desea renovar su cobertura, debe notificárnoslo al menos siete (7) días antes de la fecha de finalización de su póliza.

Si no renueva su cobertura, cualquier beneficiario cubierto por la presente póliza puede solicitar su propia cobertura. Evaluaremos sus solicitudes de forma individual y los informaremos de si estamos dispuestos a ofrecerles dicha cobertura y en virtud de qué términos.

3. PRIMA NO GARANTIZADA - Le escribiremos al menos un (1) mes natural antes de la fecha de finalización y le preguntaremos si desea renovar la cobertura de la que dispone actualmente. Las primas podrían cambiar si solicita cambios en las opciones de cobertura en la fecha de renovación anual. Le informaremos de cualquier cambio en relación con las primas y términos y condiciones que serían de aplicación a partir de su renovación. La prima y/u otros cargos podrían variar de año en año.

4. EXCLUSIONES ESTÁNDAR - Existen determinadas condiciones bajo las cuales no se pagará ningún beneficio. Se le aconseja leer las Normas de la Póliza para consultar la lista completa de exclusiones. A continuación encontrará algunas exclusiones importantes.

- > Tratamiento para un problema preexistente o un problema o síntoma que sea consecuencia o tenga relación con un problema preexistente. No asumiremos el pago de ningún tratamiento para un problema preexistente del que el titular de la póliza ya tuviera conocimiento (o debiera haber tenido conocimiento dentro de lo razonable) en el momento de inicio de la cobertura y sobre el cual no hayamos aceptado expresamente proporcionar cobertura.
- > Anomalías o defectos congénitos, excepto los neonatos que cumplan las condiciones para unirse al plan sin necesidad de evaluaciones médicas, que muestren tales problemas antes del 18º cumpleaños del beneficiario o no fueran evidentes en el momento de contratación de la póliza.
- > La cobertura rutinaria a la maternidad y al parto, la cobertura Complicaciones de la maternidad y la cobertura Partos en el domicilio están excluidas de nuestro plan Plata. Los beneficios se hallan incluidos en los planes Oro y Platino.

5. PERIODO DE ESPERA - La cobertura comenzará en la fecha de inicio indicada en el primer Certificado de seguro que le enviemos. Si decide contratar cobertura para un beneficiario adicional, su cobertura comenzará en la fecha de inicio indicada en el primer Certificado de seguro en el que se hallen incluidos.

Los siguientes beneficios tendrán un Periodo de Espera:

- > **Beneficio de cobertura rutinaria a la maternidad y al parto con carácter hospitalario o externo** (Beneficio disponible exclusivamente en los planes Oro y Platino) Se aplica un periodo de espera de doce (12) meses para el tratamiento a padres y bebés.
 - La madre ha sido beneficiaria de la póliza durante un periodo ininterrumpido de al menos doce (12) meses o más.
- > **Atención prenatal y posnatal** (Beneficio disponible exclusivamente en los planes Oro y Platino) con carácter ambulatorio si la madre ha estado cubierta por el plan Ambulatorio internacional durante un periodo ininterrumpido de al menos doce (12) meses o más.
- > **Complicaciones de la maternidad (Beneficio disponible exclusivamente en los planes Oro y Platino)**
 - Se aplica un periodo de espera de doce (12) meses para las complicaciones derivadas del embarazo o el parto
 - La madre ha sido beneficiaria de la póliza durante un periodo ininterrumpido de al menos doce (12) meses o más.
- > **Partos en el domicilio** (Beneficio disponible exclusivamente en los planes Oro y Platino)
 - Se aplica un periodo de espera de doce (12) meses para los partos en el domicilio.
 - Disponible a partir del momento en que la póliza de cobertura de la madre tenga doce (12) meses o más de duración ininterrumpida.
- > **Atención al neonato**
 - Se aplica un periodo de espera de doce (12) meses.
 - Al menos un (1) progenitor ha sido beneficiario de la póliza durante un periodo ininterrumpido de doce 12 meses o más antes del nacimiento del neonato.

Módulo opcional de Atención dental y ocular internacional

Tratamiento dental:

- > **Dental preventivo**
 - Atención dental y ocular internacional durante al menos tres (3) meses
- > **Tratamiento dental de reconstrucción extensiva**
 - Atención dental y ocular internacional durante al menos doce (12) meses. Si el beneficiario necesita un tratamiento dental de reconstrucción extensiva antes de haber contado con la cobertura Atención dental y ocular internacional durante doce (12) meses, asumiremos el pago del 50 % de los gastos del tratamiento.
- > **Ortodoncia**

Atención dental y ocular internacional durante al menos veinticuatro (18) meses.

6. CARGOS RAZONABLES Y HABITUALES - Asumiremos el pago de costes razonables y habituales en concepto de tratamientos y servicios indicados en la lista de beneficios. Asumiremos el pago de dichos costes de tratamiento en línea con las tarifas adecuadas a la ubicación del tratamiento y de conformidad con lo estipulado por la práctica médica y clínica.

7. ÁREA DE COBERTURA - Puede elegir entre dos (2) opciones, que determinan la zona del mundo en la que los beneficiarios estarán cubiertos. Las opciones son: En todo el mundo incluyendo Estados Unidos y en todo el mundo excluyendo Estados Unidos.

8. PERIODO GRATUITO DE PRUEBA - Si la póliza no satisface sus necesidades o no se ha contratado según sus deseos, puede solicitarnos su cancelación en un plazo de catorce (14) días a partir de la fecha de recepción de la póliza. Si no se ha realizado ninguna reclamación y no se ha presentado ninguna garantía de pago o aprobación de antemano, realizaremos el reembolso de cualquier prima ya pagada.

9. RESCISIONES - Si desea dar por terminada esta póliza y la cobertura de todos los beneficiarios, puede hacerlo en cualquier momento dándonos al menos siete (7) días de aviso por escrito.

Póngase en contacto con nosotros en Cignaglobal_customer.care@cigna.com

En caso de terminación anticipada de la póliza, cualquier prima que se haya pagado en relación con el periodo posterior a la terminación de la cobertura se reembolsará mediante prorrato, siempre y cuando no se hayan realizado solicitudes de reembolso y no se hayan prestado garantías de pago o aprobado autorizaciones previas durante el periodo de cobertura. En caso de terminación anticipada de la póliza, si usted ha realizado solicitudes de reembolso, usted se hará responsable del resto de las primas en lo que se refiere a la póliza que estén sin pagar.

Para más información, consulte las Normas de la Póliza.

10. RECLAMACIONES - Póngase en contacto con nuestro Servicio de Atención al cliente para la aprobación previa de todos los tratamientos a través de los siguientes números de teléfono:

Singapur Número gratuito 800 186 5047
Internacional +44 1475 788182 (en el extranjero)

Podemos ayudarle a organizar su plan de tratamiento y orientarle lo mejor posible, lo cual le ahorrará el tiempo y las molestias de buscar por cuenta propia un hospital, clínica o médico. Además, en la mayoría de casos podemos organizar el pago directo con el proveedor del tratamiento, reduciendo las molestias y que usted se centre en su salud.

Somos conscientes de que habrá momentos en que no será práctico ni posible que un beneficiario se ponga en contacto con nosotros para la aprobación previa (por ejemplo, emergencias, o cuando un miembro de la familia se pone enfermo de manera repentina y la prioridad es conseguir tratamiento para ellos tan pronto como sea posible). En circunstancias como éstas, le pedimos que usted o el beneficiario afectado se ponga en contacto con nosotros en un plazo máximo de 48 horas posteriores a la solicitud del tratamiento, para que podamos confirmar si el tratamiento está cubierto y tramitar el pago con el proveedor. Así también permitirá que nos aseguremos que usted o el beneficiario afectado hace el mejor uso de la cobertura.

Para más información acerca de nuestro proceso de reclamaciones, consulte la Guía de atención al cliente.

11. CAMBIO DE PROFESIÓN - No es obligatorio que nos informe de un cambio de profesión.

12. PERIODO DE APLAZAMIENTO - No es de aplicación para nuestros productos.

13. PERIODO DE SUPERVIVENCIA - No hay beneficio pagadero.

14. GASTOS DE DISTRIBUCIÓN - Cigna paga una retribución a sus representantes de ventas y / o agentes de seguros cuando expiden y renuevan su póliza. Aunque el tipo y el valor de esta fluctúa, normalmente constituye una comisión de 10-15% sobre el valor de la prima de la póliza. En caso necesario, puede solicitar más información acerca de dichas remuneraciones.

MEDISHIELD LIFE

Si es ciudadano o residente permanente en Singapur, MediShield Life le cubre, de por vida, para tratamientos en Singapur independientemente de las condiciones médicas preexistentes u otras circunstancias confluente. Para más información acerca de su cobertura, visite www.medishieldlife.sg

Póliza no autorizada para Medisave

Esta póliza no está autorizada para Medisave y no puede utilizarse para pagar la prima de esta.

Póliza sanitaria y de accidentes renovable a corto plazo

Ésta es una póliza a corto plazo y la compañía de seguros no está obligada a renovarla. La compañía de seguros podrá rescindir de esta póliza si le notifica a usted con un aviso de 30 días de antelación.

Envíe el formulario completo por correo electrónico o postal a:

**Cigna Global Health Options
The Grosvenor Building
72 Gordon Street
Glasgow
G1 3RS
Reino UnidoEI**

globalindividual.asia@cigna.com

Together, all the way.SM



Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch (Número de registro: T10FC0145E), es una sucursal extranjera de Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., registrada en Bélgica con responsabilidad limitada, con domicilio social en 152 Beach Road, #53-05/06 The Gateway East, Singapore 189721 (Singapur).

“Cigna” y el logotipo “Tree of Life” son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., con licencia de uso de Cigna Corporation y sus filiales. Todos los productos y servicios se ofrecen por medio de estas filiales y no de Cigna Corporation. Dichas filiales incluyen a Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch. © 2018 Cigna. Todos los derechos reservados.

SGP Application Form ES 07/2018