

**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, contacte con nosotros o visite el sitio web de la General Insurance Association (GIA) o de la 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 residencial			
Dirección línea 1			
Dirección línea 2			
Dirección línea 3			
País			Código postal
Dirección de correspondencia (si es diferente de su dirección residencial)			
Dirección línea 1			
Dirección línea 2			
Dirección línea 3			
País			Código 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)			
Si reside actualmente en los EE. UU., proporciónenos su dirección actual en los EE. UU., el estado y el código postal:			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
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 <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	Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿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 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	Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿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	Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿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	Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿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	Todo el mundo excepto EE UU
¿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 internacional y Crisis Assistance Plus™	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 internacional y Crisis Assistance Plus™, 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 D.

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 mostrado cualquier solicitante signos o síntomas de lo siguiente?, ¿ha sido este sometido a las pruebas de detección o la evaluación pertinentes?, ¿le ha sido diagnosticada a este cualquiera de lo siguiente? o ¿ha recibido este el tratamiento correspondiente a ello?	TITULAR DE LA PÓLIZA		DEPENDIENTE 1		DEPENDIENTE 2		DEPENDIENTE 3		DEPENDIENTE 4	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
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.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
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.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
3	Cáncer, tumores o neoplasia incluidos pólipos, quistes o bultos en las mamas.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
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.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
5	Asma, alergias, trastornos respiratorios , por ej., infecciones respiratorias, neumonía, bronquitis, disnea, rinitis, tuberculosis, enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
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.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
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.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
8	Problemas cutáneos , por ej., eccema, acné, lunares, sarpullidos, reacciones alérgicas, quistes, dermatitis o psoriasis.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
9	Trastorno sanguíneo, infeccioso o inmunológico , por ej., colesterol elevado, anemia, malaria, VIH o lupus eritematoso diseminado.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
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.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
11	Ansiedad, depresión, problemas psiquiátricos o de salud mental , incluidos trastornos alimentarios, trastorno por estrés postraumático, problemas con las drogas o el alcohol.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
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.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

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.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
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?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

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 preguntade 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

Esta página, incluidos los datos de su tarjeta, se eliminará de forma segura una vez que su solicitud haya sido procesada y la información de pago se haya guardado de forma segura.

INFORMACIÓN DE PAGO PARA SU PRIMA

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"/>	Visa	<input type="checkbox"/>	Visa Debit	<input type="checkbox"/>	Visa Electron	<input type="checkbox"/>	American Express	
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"/>	No	
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"/>	<input type="checkbox"/>	Empleador	<input type="checkbox"/>	Nombre de empresa				<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Esposa/compañero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Relación				<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Miembro de la familia	<input type="checkbox"/>								<input type="text"/>
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"/>	No	
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 _____

Tal vez desee solicitar asesoramiento de un asesor cualificado antes de comprometerse a comprar este producto. En caso de que decida no solicitar asesoramiento de un asesor cualificado, debe reflexionar sobre si el producto en cuestión es adecuado para usted. La compra de productos de seguros de salud que no sean adecuados para usted puede afectar a su capacidad para costear futuras necesidades sanitarias. Si decide que la póliza no es adecuada después de comprarla, puede rescindirla de acuerdo con la disposición de periodo de prueba gratuito, si procede, y en ese caso podemos solicitarle el reembolso de cualquier gasto incurrido por nosotros en la suscripción de la póliza.

INFORMACIÓN DEL PRODUCTO

SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL

Nuestros planes abarcan 3 niveles distintos de cobertura: Silver, Gold y Platinum.

El seguro médico internacional le ofrece una cobertura básica para los costes hospitalarios, de consultas en hospital de día y de alojamiento, así como para la atención oncológica, psiquiátrica y mucho más.

	Silver	Gold	Platinum
Prestación anual general máxima 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 £	Pagado por completo

	Silver	Gold	Platinum
Cargos hospitalarios Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	Pagado por completo Habitación individual	Pagado por completo Habitación individual	Pagado por completo Habitación individual

- › Servicios de enfermería y alojamiento para tratamiento hospitalario y diurno, así como sala de recuperación.
- › Quirófano
- › Medicamentos recetados, fármacos y apósitos para el tratamiento hospitalario o diurno únicamente
- › Patología, radiología y pruebas diagnósticas (excluidas las pruebas de imagen médica avanzada)
- › Sala de tratamiento y honorarios de enfermería por cirugía ambulatoria (solo cubriremos los honorarios de enfermería cuando un beneficiario se esté sometiendo a cirugía)
- › Cuidados intensivos: terapia intensiva, cuidados coronarios y unidad de alta dependencia
- › Honorarios de cirujanos y anestesiólogos
- › Honorarios de consulta con médicos especialistas en régimen hospitalario y diurno.
- › Tratamiento dental hospitalario de urgencia.

Colaboraremos con usted y su médico para asegurarnos de que reciba la atención y el tratamiento adecuados en el centro médico apropiado.

Nota importante:

Pagaremos solamente los tratamientos ambulatorios recibidos antes o después de una intervención quirúrgica y los tratamientos si el beneficiario tiene cobertura según la opción de Asistencia ambulatoria internacional (salvo que el tratamiento se administre como parte de un tratamiento oncológico).

	Silver	Gold	Platinum
Alojamiento en el hospital para el padre/madre o tutor Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	1.000 \$ 740 € 665 £	1.000 \$ 740 € 665 £	Pagado por completo

Si un beneficiario menor de 18 años necesita y requiere 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 existe alojamiento disponible 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.

Pandemias, epidemias y enfermedades infecciosas	Silver	Gold	Platinum
Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>Cubriremos el tratamiento médicamente necesario para la enfermedad o la afección resultante de una pandemia, epidemia o brote de una enfermedad infecciosa, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS).</p> <p>El tratamiento médicamente necesario y las afecciones médicas relacionadas se cubrirán en el hospital y en el diurno. Solo pagaremos los tratamientos para pacientes ambulatorios si el beneficiario tiene cobertura bajo la opción de Asistencia ambulatoria internacional.</p> <p>Nota importante:</p> <p>Cubriremos las pruebas médicamente necesarias en caso de pandemia, epidemia o brote de una enfermedad infecciosa de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de forma ambulatoria bajo el beneficio de patología, radiología y pruebas de diagnóstico ambulatorio en línea con la cobertura de la póliza para el diagnóstico de otras enfermedades.</p>			

Prestación en efectivo para hospitalización	Silver	Gold	Platinum
Por noche hasta 30 días por beneficiario por periodo de cobertura.	100 \$ 75 € 65 £	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £
<p>Efectuaremos un pago en efectivo directamente al beneficiario cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> › reciba tratamiento en un hospital que esté cubierto por este plan; › pernocte en un hospital; y › el hospital no cobre honorarios por la habitación, comidas y costes de tratamiento al beneficiario, cualquier compañía de seguros y/o cualquier autoridad local estatal o gubernamental pertinente. 			

Tratamiento en urgencias	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	500 \$ 370 € 335 £	1.000 \$ 740 € 665 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £
<p>Pagaremos el tratamiento ambulatorio de urgencia necesario en un departamento de urgencias de un hospital tras un accidente, enfermedad repentina y/o situaciones que pongan en peligro la vida y cuando el beneficiario no pernocte por razones médicas.</p> <p>Notas importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> › Si ha seleccionado la opción Asistencia ambulatoria internacional, se aplica en primer lugar esta prestación y los límites y posteriormente pueden utilizarse las prestaciones de Asistencia ambulatoria internacional aplicables. › Se aplicará a esta prestación la franquicia y coste compartido (si se selecciona) aplicables de Asistencia ambulatoria internacional. 			

Servicios de trasplante	Silver	Gold	Platinum
Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>Pagaremos el tratamiento hospitalario y diurno directamente relacionado con un trasplante de órgano para un beneficiario si dicho trasplante es necesario desde el punto de vista médico y el órgano a trasplantar ha sido donado por una fuente verificada y legítima. También cubriremos todos los medicamentos antirechazo tras un trasplante.</p> <p>Si un beneficiario necesita un trasplante de órgano (independientemente de si el donante está cubierto por esta póliza) cubriremos:</p> <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. 			

Pruebas de imagen médica avanzada (RMN, TC y TEP)	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	15.000 \$ 12.000 € 9.650 £	Pagado por completo
Cubriremos el coste de pruebas de imagen médica avanzada si las recomienda un médico como parte del tratamiento hospitalario, diurno o de ambulatorio de un beneficiario.			

Rehabilitación	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £ hasta 30 días	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £ hasta 60 días	Pagado por completo Hasta 90 días
Cubriremos los costes de los tratamientos de rehabilitación incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional, cardíaca, pulmonar, cognitiva y del habla.			
Solo cubriremos el tratamiento de rehabilitación inmediatamente tras la cirugía y/o acontecimiento traumático. Si se requiere que el tratamiento de rehabilitación tenga lugar en un centro de rehabilitación residencial, pagaremos el alojamiento y las comidas.			
Para determinar cuándo se ha alcanzado el límite por día, contamos cada pernoctación en la que el beneficiario reciba tratamiento hospitalario y/o diurno como un día.			
Sujeto a la obtención previa de nuestra aprobación y con anterioridad al inicio de cualquier tratamiento, pagaremos el tratamiento de rehabilitación durante más días de los especificados, si el tratamiento adicional es médicamente necesario y ha sido recomendado por el especialista que trate al paciente.			
Nota importante:			
Solamente aprobaremos el tratamiento de rehabilitación si el especialista a cargo del paciente nos proporciona un informe en el que se explique cuánto tiempo necesitará permanecer el beneficiario en el hospital, el diagnóstico y el tratamiento que el beneficiario ha recibido o necesita recibir.			

Atención domiciliaria	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £ hasta 30 días	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £ hasta 60 días	Pagado por completo Hasta 120 días
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.			
Pagaremos la atención domiciliaria de un beneficiario si:			
<ul style="list-style-type: none"> › ha sido recomendada por un especialista tras un tratamiento en régimen de hospitalización o diurno 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. 			

Acupuntura y medicina china	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	1.500 \$ 1.100 € 1.000 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	Pagado por completo
Solo pagaremos los costes de acupuntura y medicina china si no son el tratamiento primario para el que el beneficiario se encuentra en el hospital.			
El acupuntor y el practicante de medicina china debe ser un profesional debidamente cualificado que tenga la licencia apropiada en el país donde se reciba el tratamiento.			

Cuidados paliativos	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	35.000 \$ 25.900 € 23.275 £	60.000 \$ 44.400 € 38.400 £	Pagado por completo
<p>Pagaremos el coste de cuidados paliativos si un beneficiario recibe un diagnóstico terminal y su esperanza de vida es inferior a seis meses y no existen tratamientos disponibles eficaces que ayudarían a su recuperación.</p> <p>Pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> › Atención domiciliaria; › Alojamiento y atención hospitalaria o de hospicio en régimen de hospitalización o diurno; › Medicamentos recetados; y › Atención física y fisiológica. 			

Prótesis	Silver	Gold	Platinum
Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>Pagaremos las prótesis internas y externas que sean necesarias como parte del tratamiento de un beneficiario, sujeto a las limitaciones que se explican seguidamente.</p> <p>Pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> › una prótesis que sea una parte necesaria del tratamiento inmediatamente después de la intervención quirúrgica durante el tiempo que sea médicamente necesario y/o sea parte del proceso de recuperación a corto plazo; › un dispositivo protésico externo inicial (pero ningún dispositivo de repuesto) para beneficiarios mayores de 18 años por periodo de cobertura. <p>Pagaremos un dispositivo protésico externo inicial y hasta dos repuestos para los beneficiarios de 17 años o menos por periodo de cobertura.</p> <p>Si un beneficiario necesita un dispositivo protésico de repuesto durante el periodo de cobertura, solicitaremos un informe médico adecuado.</p>			

Servicio de ambulancia aérea y ambulancia local	Silver	Gold	Platinum
Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>Cuando sea médicamente necesario y esté relacionado con una afección cubierta, pagaremos una ambulancia local o aérea para trasladar a un beneficiario:</p> <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. <p>Solo pagaremos una ambulancia aérea local cuando sea apropiado, como un helicóptero, para trasladar a un beneficiario a distancias de hasta 100 millas (160 kilómetros) cuando sea médicamente necesario.</p> <p>La cobertura de evacuación médica o repatriación está disponible exclusivamente si tiene cobertura conforme a la opción de Evacuación internacional y Crisis Assistance Plus™. Consulte la página 29 de esta Guía del cliente para obtener detalles sobre dicha opción.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Asistencia de salud mental y conductual</p> <p>Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.</p>	<p>5.000 \$ 3.700 € 3.325 £</p> <p>Hasta 30 días* (tratamiento hospitalario y diurno)</p>	<p>10.000 \$ 7.400 € 6.650 £</p> <p>Hasta 60 días* (tratamiento hospitalario y diurno)</p>	<p>Pagado por completo</p> <p>Hasta 90 días* (tratamiento hospitalario y diurno)</p>
<p>Pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento basado en evidencias y médicamente necesario recomendado por un médico. Tratamiento hospitalario, diurno o ambulatorio llevado a cabo por un psicólogo o psiquiatra autorizado para ello bajo las leyes de ese país. <p>Autismo y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)</p> <p>Pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Costes médicos, incluyendo visitas al médico y pediatra en relación con Autismo y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) solo de manera ambulatoria y cuando sea un tratamiento basado en evidencias y médicamente necesario. Evaluación y pruebas de diagnóstico de Autismo y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) cuando existan síntomas. Terapia conductual cuando sea médicamente necesario según un tratamiento basado en evidencias. <p>Notas importantes:</p> <p>No pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervención educativa, logopedia y dispositivos de ayuda al lenguaje. Fármacos con prescripción o medicamentos prescritos de forma ambulatoria para ninguno de estos cuadros clínicos, a menos que haya adquirido la opción de Asistencia ambulatoria internacional. <p>Se necesita autorización previa para todos los tratamientos hospitalarios, diurnos y ambulatorios. *El límite diario solo se aplica a tratamientos en régimen hospitalario y diurno.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Tratamiento para la obesidad</p> <p>Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.</p> <p>Disponibles después de que el beneficiario haya recibido cobertura durante 24 meses o más.</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>70 % de reembolso hasta: 20.000 \$ 14.800 € 13.300 £</p>	<p>80 % de reembolso hasta: 25.000 \$ 18.500 € 16.500 £</p>
<p>Pagaremos la cirugía por obesidad para beneficiarios mayores de 18 años cuando existan pruebas documentadas de que todos los demás métodos de pérdida de peso incluyendo, entre otros, clases de natación, programas de nutrición, dispositivos de asistencia y fármacos se han probado a lo largo de los últimos 24 meses.</p> <p>Notas importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> El beneficiario debe tener un índice de masa corporal (IMC) de 40 o superior y se le debe haber diagnosticado obesidad mórbida y; Ha de poder proporcionar pruebas documentadas de otros métodos de pérdida de peso que haya estado intentando durante los últimos 24 meses y; Debe haber pasado por una evaluación psicológica que haya confirmado que es apropiado para él someterse al procedimiento. 			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Cirugía oncológica preventiva</p> <p>Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.</p>	<p>70 % de reembolso hasta: 10.000 \$ 7.400 € 6.650 £</p>	<p>80 % de reembolso hasta: 18.000 \$ 13.300 € 12.000 £</p>	<p>90 % de reembolso hasta: 18.000 \$ 13.300 € 12.000 £</p>
<p>Pagaremos la cirugía preventiva cuando un beneficiario tenga un historial familiar importante de una enfermedad que sea parte de un síndrome de cáncer hereditario (como cáncer de ovario) y se haya sometido a pruebas genéticas que hayan establecido la presencia de un síndrome de cáncer hereditario.</p> <p>Solo pagaremos las pruebas genéticas si el beneficiario cuenta con cobertura bajo la opción Gold o Platinum de Asistencia ambulatoria internacional.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Atención oncológica Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
Tras un diagnóstico de cáncer pagaremos los costes del tratamiento del mismo si consideramos que el tratamiento es un tratamiento activo y basado en evidencias, independientemente de si el beneficiario está hospitalizado o recibe el tratamiento en régimen diurno o ambulatorio. Solo pagaremos las pruebas genéticas si el beneficiario cuenta con cobertura bajo la opción Gold o Platinum de Asistencia ambulatoria internacional.			

	Silver	Gold	Platinum
Afecciones congénitas Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario 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 hospitalario o diurno de afecciones congénitas que se hayan manifestado antes del 18 cumpleaños de un beneficiario, independientemente de la edad del beneficiario en el momento del tratamiento.			
Notas importantes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ No pagaremos el tratamiento de afecciones congénitas bajo ninguna de las otras prestaciones en la lista de prestaciones salvo cuando; ➤ Una afección congénita se diagnostique tras el 18 cumpleaños de un beneficiario. El tratamiento estará sujeto a los límites de prestación de asistencia hospitalaria y diurna. 			

	Silver	Gold	Platinum
Cobertura de hospitalización de urgencia fuera de área Para beneficiarios que no tengan cobertura Mundial incluyendo EE. UU. Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	100.000 \$ 75.000 € 65.000 £ (Tratamiento hospitalario y diurno)	250.000 \$ 200.000 € 162.500 £ (Tratamiento hospitalario y diurno)	Pagado por completo (Tratamiento hospitalario y diurno)
Tratamiento de urgencia hospitalario y diurno durante viajes breves por negocios o placer fuera de su área de cobertura, en circunstancias que supongan un riesgo para la vida.			
Notas importantes: <p>El beneficiario no debe haber presentado síntomas ni haber recibido tratamiento ni asesoramiento previamente al viaje en relación con la afección médica que requiera el tratamiento de urgencia.</p> <p>La cobertura se limita a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una duración que no supere los 21 días por viaje; y • un máximo de 60 días en total por periodo de cobertura para todos los viajes combinados. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si se ha adquirido la opción de Asistencia ambulatoria internacional bajo su póliza, los beneficiarios solo estarán cubiertos para tratamiento ambulatorio de urgencia. La cobertura estará sujeta el límite de prestación general anual y a los límites de prestación individuales de Asistencia ambulatoria internacional. ➤ Los cargos relacionados con la maternidad, embarazo, alumbramiento o cualquier complicación en el embarazo o el alumbramiento quedan excluidos de esta Cobertura de hospitalización de urgencia fuera de área. ➤ Esta prestación no es de aplicación si ha seleccionado la opción de cobertura Mundial incluyendo EE. UU. ➤ Pediremos pruebas de su entrada y salida de EE. UU. ➤ Esta opción no está disponible si su país de residencia habitual es EE. UU. ➤ Recibir tratamiento médico no debe haber sido uno de los objetivos del viaje. ➤ El tratamiento de urgencia solo es aplicable si usted no puede beneficiarse de ninguna prestación sanitaria gratuita proporcionada por el estado en ese país. 			

ATENCIÓN A LOS PADRES Y AL BEBÉ

	Silver	Gold	Platinum
<p>Atención de maternidad rutinaria (exclusivamente planes Gold y Platinum)</p> <p>Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.</p> <p>Disponibles una vez que la madre ha tenido cobertura conforme a la póliza durante 12 meses o más.</p>	Sin cobertura	<p>7.000 \$</p> <p>5.500 €</p> <p>4.500 £</p>	<p>14.000 \$</p> <p>11.000 €</p> <p>9.000 £</p>
<p>Pagaremos el siguiente tratamiento en régimen de hospitalización o diurno según proceda, si la madre ha sido beneficiaria de esta póliza durante un periodo continuo de al menos 12 meses o más:</p> <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. <p>No pagaremos la gestación por sustitución ni ningún tratamiento relacionado. No pagaremos el tratamiento ni los cuidados por maternidad a una beneficiaria que actúe como madre de alquiler ni a ninguna persona que actúe como madre de alquiler para un beneficiario.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Complicaciones derivadas de la maternidad (exclusivamente planes Gold y Platinum)</p> <p>Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.</p> <p>Disponibles una vez que la madre ha tenido cobertura conforme a la póliza durante 12 meses o más.</p>	Sin cobertura	<p>14.000 \$</p> <p>11.000 €</p> <p>9.000 £</p>	<p>28.000 \$</p> <p>22.000 €</p> <p>18.000 £</p>
<p>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 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>No pagaremos la gestación por sustitución ni ningún tratamiento relacionado. No pagaremos el tratamiento ni los cuidados por maternidad a una beneficiaria que actúe como madre de alquiler ni a ninguna persona que actúe como madre de alquiler para un beneficiario.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Partos en casa (exclusivamente planes Gold y Platinum)</p> <p>Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.</p> <p>Disponibles una vez que la madre ha tenido cobertura conforme a la póliza durante 12 meses o más.</p>	Sin cobertura	<p>500 \$</p> <p>370 €</p> <p>335 £</p>	<p>1.100 \$</p> <p>850 €</p> <p>700 £</p>
<p>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 12 meses o más.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 			

Atención para recién nacidos	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total reflejado en su plan seleccionado por periodo de cobertura en los primeros 90 días tras el parto.	25.000 \$	75.000 \$	156.000 \$
Disponible una vez que uno de los padres haya tenido cobertura conforme a la póliza durante 12 meses o más.*	18.500 €	55.500 €	122.000 €
	16.500 £	48.000 £	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
- › todos los tratamientos necesarios para el bebé durante los primeros 90 días tras el parto en lugar de cualquier otra prestación.

Notas importantes:

Añadir al recién nacido a la póliza:

- › Si al menos un (1) progenitor ha estado cubierto por la póliza durante un periodo continuado de doce (12) meses o más antes del nacimiento del recién nacido, no pediremos ninguna información sobre la salud del recién nacido ni ningún examen médico si recibimos la solicitud de inclusión del recién nacido en la póliza en un plazo de treinta (30) días desde la fecha de nacimiento del recién nacido. Sin embargo, si recibimos una solicitud en un plazo superior a treinta (30) días tras la fecha de nacimiento del recién nacido, el recién nacido estará sujeto a evaluación médica.
- › *Si ninguno de los progenitores ha estado cubierto por la póliza durante un periodo de doce (12) meses consecutivos o más antes de la fecha de nacimiento del recién nacido, el recién nacido estará sujeto a evaluación médica, y usted podrá presentar una solicitud para añadir al recién nacido. Si se requiere evaluación médica para el recién nacido, le informaremos sobre si le ofreceremos cobertura al recién nacido y, en tal caso, cualquier condición o exclusión especial que se deba aplicar. La cobertura no comenzará antes de la fecha en la que acepte las condiciones que le ofrezcamos.
- › Los niños que nazcan de manera subrogada o hayan sido adoptados solo podrán estar 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.

Cualquier tratamiento necesario para las afecciones congénitas para un recién nacido está cubierto bajo la prestación "Afecciones congénitas", en la página 21, y está sujeto a las condiciones de inclusión del recién nacido en la póliza como se detalla anteriormente.

SUS OPCIONES DE FRANQUICIA Y COSTE COMPARTIDO

Franquicia	0 \$	0 €	0 £
Una franquicia es la cantidad que usted debe pagar antes de que cualquier solicitud de reembolso quede cubierta por su plan.	375 \$	275 €	250 £
	750 \$	550 €	500 £
	1.500 \$	1.100 €	1.000 £
	3.000 \$	2.200 €	2.000 £
	7.500 \$	5.500 €	5.000 £
	10.000 \$	7.400 €	6.650 £

Coste compartido tras la cantidad de franquicia:

El coste compartido es el porcentaje de cada solicitud de reembolso no cubierto por su plan.

En primer lugar, escoja su porcentaje de coste compartido: 0 % / 10 % / 20 % / 30 %

Desembolso máximo

El desembolso máximo es la cantidad máxima de coste compartido que usted tendría que pagar en un periodo de cobertura.

La cantidad del coste compartido se calcula después de tener en cuenta la franquicia. Solo las cantidades que usted paga relacionadas con el coste compartido contribuyen al desembolso máximo.

A continuación, escoja su desembolso máximo:

2.000 \$	o	5.000 \$
1.480 €		3.700 €
1.330 £		3.325 £

LAS PÁGINAS SIGUIENTES DETALLAN LAS PRESTACIONES OPCIONALES QUE PUEDE AÑADIR A LA COBERTURA PRINCIPAL DE SU SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL.



CONSULTE SU CERTIFICADO DE SEGURO PARA RECORDAR EXACTAMENTE DE QUÉ COBERTURA DISPONE.

ASISTENCIA AMBULATORIA INTERNACIONAL

El módulo opcional de Asistencia ambulatoria internacional proporciona una asistencia ambulatoria más completa cuando no se requiere una admisión en el hospital como paciente diurno u hospitalización, incluidas consultas con especialistas, fármacos y apósitos de ambulatorio prescritos, rehabilitación, pruebas oncológicas genéticas y mucho más.

No necesita solicitar autorización previa para tratamiento ambulatorio salvo en los siguientes casos:

- › Pruebas oncológicas genéticas
- › Salud mental y conductual (en régimen ambulatorio)
- › Investigaciones y tratamiento de la infertilidad
- › Fármacos y apósitos prescritos para más de 3 meses
- › Tratamientos de fisioterapia, quiropráctica y osteopatía cuando haya sobrepasado las 10 sesiones.

Para cualquier otro tratamiento bajo el módulo de Asistencia ambulatoria internacional, no necesita contactar con nosotros para obtener autorización previa.

	Silver	Gold	Platinum
Prestación anual general máxima por beneficiario por periodo de cobertura Esto incluye las solicitudes de reembolso pagadas en todas las secciones de la Asistencia ambulatoria internacional.	15.000 \$ 12.000 € 9.650 £	35.000 \$ 25.900 € 23.275 £	Pagado por completo

	Silver	Gold	Platinum
Consultas con médicos generales y con especialistas Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	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.
- › Pagaremos el tratamiento no quirúrgico ambulatorio recomendado por un especialista como medicamento necesario.

Apósitos y fármacos con prescripción	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	1.500 \$ 1.100 € 1.000 £	3.000 \$ 2.200 € 2.000 £	Pagado por completo
Pagaremos los apósitos y fármacos con receta que sean recetados por un médico en régimen ambulatorio. Nota importante: La medicación recetada por un médico en los EE. UU. y/o entregada por una farmacia en los EE. UU. está sujeta a nuestro vademécum.			

Patología, radiología y pruebas diagnósticas (excluidas las pruebas de imagen médica avanzada)	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
Pagaremos las pruebas siguientes cuando sean médicamente necesarias y hayan sido recomendadas por un especialista como parte del tratamiento ambulatorio de un beneficiario: <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). Nota importante: Cubriremos las pruebas médicamente necesarias en caso de pandemia, epidemia o brote de una enfermedad infecciosa, en régimen ambulatorio, de acuerdo con la cobertura de la póliza para diagnósticos de otras enfermedades y de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).			

Rehabilitación ambulatoria	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	Pagado por completo
Pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> › Fisioterapia ambulatoria; › Terapia ocupacional ambulatoria; › Osteopatía y tratamiento quiropráctico; › Logopedia; y › Rehabilitación cardíaca y pulmonar. Notas importantes: Tratamiento ambulatorio de fisioterapia, osteopatía y quiropráctico: Pagaremos este tratamiento si es médicamente necesario y de carácter restaurativo para ayudarle a realizar sus actividades normales de la vida diaria. 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. Esto excluye cualquier tratamiento de medicina deportiva. Tratamiento de logopedia: Pagaremos el tratamiento de logopedia restaurativo que sea necesario inmediatamente después del tratamiento que esté cubierto por esta póliza (por ejemplo, como parte de los cuidados de seguimiento de un beneficiario tras haber sufrido un infarto cerebral) y que un especialista confirme que es médicamente necesario a corto plazo.			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Cuidados prenatales y posnatales (exclusivamente planes Gold y Platinum)</p> <p>Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.</p> <p>Disponible una vez que la madre ha tenido cobertura conforme a la póliza durante 12 meses o más.</p>	Sin cobertura	3.500 \$ 2.750 € 2.250 £	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £
<p>› Pagaremos los cuidados prenatales y posnatales ambulatorios médicamente necesarios si la madre ha sido beneficiaria conforme a la opción de Asistencia ambulatoria internacional durante un periodo continuado de 12 meses o más.</p> <p>› Entre los ejemplos de tratamiento y pruebas prenatales se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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); y • Pruebas prenatales no invasivas (PPNI) para personas de alto riesgo. <p>Cuidado posnatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los gastos, incluyendo fármacos y apósitos recetados, resultantes de los cuidados posnatales requeridos por la madre inmediatamente después de un parto rutinario. 			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Investigaciones y tratamiento de la infertilidad</p> <p>Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por duración de la póliza.</p> <p>Disponible una vez que el beneficiario haya recibido cobertura mediante esta opción durante 24 meses o más.</p>	Sin cobertura	Sin cobertura	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £
<p>Pagaremos las investigaciones sobre la causa de la infertilidad si un especialista descarta cualquier causa médica y el beneficiario no era consciente de la existencia de ningún problema de infertilidad, y no había padecido ningún síntoma, cuando empezó la cobertura bajo esta póliza.</p> <p>De ser necesario, pagaremos un máximo de 4 intentos de reproducción asistida hasta el límite reflejado como total por duración de la póliza. Esta prestación está disponible para beneficiarios de hasta 41 años de edad.</p> <p>Se requiere autorización previa para todas las investigaciones y tratamientos de infertilidad.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Apnea del sueño</p> <p>Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.</p>	Sin cobertura	1.500 \$ 1.100 € 1.000 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £
<p>Tras la derivación de su médico, pagaremos un estudio del sueño o prueba de sueño en domicilio para diagnosticar si padece apnea del sueño.</p> <p>Si se determina que usted padece apnea del sueño, pagaremos el alquiler de una máquina de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) o, si procede, otros dispositivos orales.</p> <p>Si es médicamente apropiado, pagaremos la cirugía.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Prueba oncológica genética</p> <p>Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por duración de la póliza.</p> <p>Disponible una vez que el beneficiario haya recibido cobertura mediante esta opción durante 12 meses o más.</p>	Sin cobertura	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £	4.000 \$ 2.950 € 2.650 £
<p>Pagaremos una prueba genética para beneficiarios con un riesgo elevado de cáncer, cuando sea médicamente necesario y según las evidencias médicas.</p>			

Acupuntura y medicina china	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
Pagaremos un total máximo combinado de 15 consultas con acuputores y profesionales de la medicina china, si tales tratamientos son recomendados por un médico. 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.			

Equipamiento médico duradero	Silver	Gold	Platinum
Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
Pagaremos el uso de equipamiento médico duradero si un especialista recomienda el uso de dicho equipamiento para apoyar el tratamiento del beneficiario cubierto bajo esta póliza. Solo pagaremos un tipo de equipamiento médico por periodo de cobertura que:			
<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. 			

Vacunas en adultos	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	250 \$ 185 € 165 £	Pagado por completo	Pagado por completo
Pagaremos determinadas vacunas e inmunizaciones que sean clínicamente apropiadas.			

Accidentes dentales	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	1.000 \$ 740 € 665 £	Pagado por completo	Pagado por completo
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
Salud y bienestar infantil y adolescente Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
Pagaremos la asistencia sanitaria y de bienestar infantil y adolescente en los intervalos de edad correspondientes, prestada por un médico para los siguientes servicios de cuidados preventivos: <ul style="list-style-type: none"> › evaluación del historial médico; › reconocimientos físicos; › valoración del desarrollo; › orientación preventiva; y › inmunizaciones y pruebas de laboratorio apropiadas. Notas importantes: Las consultas sobre salud mental con un psiquiatra o psicólogo están cubiertas bajo la prestación de Salud mental y cuidado conductual bajo el Seguro médico internacional. 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 en la primera fecha de escolarización. › la detección sistemática de la retinopatía diabética para niños con diabetes. 			

	Silver	Gold	Platinum
Atención a personas de más de 60 años Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	Sin cobertura	1.000 \$ 740 € 665 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £
Si un beneficiario tiene 60 años o más, o bien cumple 60 años durante el periodo de cobertura, y tiene una de las siguientes enfermedades tal y como se declara en su cuestionario médico (y es una exclusión especial según se describe en su Certificado de seguro) abonaremos el coste del tratamiento ambulatorio médicamente necesario asociado con el mantenimiento de dicha enfermedad: Hipertensión, diabetes tipo 2, glaucoma, artritis, dolor de espalda o articular, osteoporosis/osteopenia. Notas importantes: <ul style="list-style-type: none"> › Si, durante la fase de solicitud, usted ha seleccionado la opción de tener una de las enfermedades anteriores cubiertas con una prima adicional, en los casos en los que la enfermedad esté cubierta completamente con base hospitalaria y ambulatoria (si se ha seleccionado la opción Asistencia ambulatoria internacional), esta prestación no será aplicable. › Algunos ejemplos de tratamiento y pruebas médicamente necesarias son: consultas con médicos, fármacos y apósitos recetados, patología y radiología, rehabilitación ambulatoria y acupuntura y medicina china. Tenga en cuenta que esta prestación excluye las imágenes médicas avanzadas. › Usted podrá tener la(s) enfermedad(es) cubierta(s) (pero no las enfermedades, síntomas o complicaciones derivadas de dichas enfermedades) con base ambulatoria, hasta los límites totales mostrados por periodo de cobertura. › La prestación está sujeta a cualquier coste compartido o franquicias elegidos en su póliza. 			

SUS OPCIONES DE FRANQUICIA Y COSTE COMPARTIDO

	0 \$	0 €	0 £
Franquicia Una franquicia es la cantidad que usted debe pagar antes de que cualquier solicitud de reembolso quede cubierta por su plan.	150 \$ 500 \$ 1.000 \$ 1.500 \$	110 € 370 € 700 € 1.100 €	100 £ 335 £ 600 £ 1.000 £

Coste compartido tras la cantidad de franquicia: El coste compartido es el porcentaje de cada solicitud de reembolso no cubierto por su plan.	En primer lugar, escoja su porcentaje de coste compartido: 0 % / 10 % / 20 % / 30 %
Desembolso máximo El desembolso máximo es la cantidad máxima de coste compartido que usted tendría que pagar en un periodo de cobertura. La cantidad del coste compartido se calcula después de tener en cuenta el la franquicia. Solo las cantidades que usted paga relacionadas con el coste compartido contribuyen al desembolso máximo.	A continuación, escoja su desembolso máximo: 3.000 \$ 2.200 € 2.000 £

EVACUACIÓN INTERNACIONAL Y CRISIS ASSISTANCE PLUS™

La evacuación médica internacional cubre 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 incluye, asimismo, cobertura de repatriación como resultado de una enfermedad grave o tras un acontecimiento traumático o cirugía, así como visitas de familiares, como pueden ser uno de los padres, el/la cónyuge, compañero/a, hermano/a o hijo/a de un beneficiario, después de un accidente o enfermedad repentina, en casos en los que no se haya evacuado o repatriado al beneficiario.

Su tranquilidad y la de su familia, especialmente al viajar, es muy importante para nosotros. Además de la cobertura para casos de evacuación médica, esta opción también incluye el programa Crisis Assistance Plus™ que proporciona asesoramiento rápido 24/7 y coordina los servicios de respuesta a crisis en el país en caso de un riesgo de viaje o de seguridad que pueda acontecer mientras usted y su familia estén viajando internacionalmente.

EVACUACIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

	Silver	Gold	Platinum
Prestación anual general máxima por beneficiario por periodo de cobertura de Evacuación médica internacional	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo

	Silver	Gold	Platinum
Evacuación médica	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo

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:

- › 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
- › regrese 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.

En lo que respecta al viaje de regreso, pagaremos:

- › 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:

- › 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).

Nota importante:

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
<p>Si un beneficiario requiere una repatriación médica como resultado de una enfermedad grave o tras un acontecimiento traumático o cirugía, pagaremos:</p> <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. <p>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 transporte sean razonables y habituales.</p> <p>En lo que respecta al viaje de regreso, pagaremos:</p> <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. <p>Solamente pagaremos tarifas de taxi si:</p> <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. <p>No pagaremos ningún otro gasto relacionado con la repatriación (como por ejemplo gastos de alojamiento).</p> <p>Notas importantes:</p> <p>Si necesita regresar al hospital desde el que fue repatriado para recibir un tratamiento de seguimiento, no pagaremos gastos de viaje ni dietas.</p> <p>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.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Repatriación de restos mortales	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>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, sujeto a los requisitos y limitaciones de las líneas aéreas.</p> <p>No pagaremos ningún gasto relacionado con el enterramiento o cremación ni los gastos de transporte para que una persona recoja o acompañe los restos mortales del beneficiario.</p>			

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 pareja 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 ➤ el coste razonable del viaje por tierra o por mar; <p>el que fuera menor.</p> <p>Si procede, teniendo en cuenta los requisitos médicos del beneficiario, el familiar o pareja que lo 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.

Visita solidaria: costes de desplazamiento.	Silver	Gold	Platinum
	Hasta un máximo de cinco viajes por vida. Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.	1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £
Visita solidaria: costes por prestación de subsistencia	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total indicado por día para cada visita con un máximo de 10 días por visita.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £

Pagaremos por cada beneficiario hasta 5 visitas solidarias a lo largo de la duración de la cobertura. Las visitas solidarias deben ser aprobadas previamente por nuestro servicio de asistencia médica.

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 5 días o más, o en caso de que haya recibido un pronóstico terminal a corto plazo.

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).

Nota importante:

- 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 transporte de terceros adicionales.

PROGRAMA CRISIS ASSISTANCE PLUS™

Este programa es provisto por expertos en respuesta a crisis globales, FocusPoint International®, que apoya a viajeros internacionales con centros de respuesta multilingües disponibles 24/7 y recursos en más de 100 países.

Crisis Assistance Plus™ (CAP) proporciona asesoramiento rápido y asistencia en crisis coordinada en el país para diez riesgos diferentes que pueden afectar a los beneficiarios mientras viajan:

- › Terrorismo
- › Pandemia
- › Amenazas políticas
- › Desastres naturales
- › Chantaje o extorsión
- › Delitos violentos
- › Desaparición de personas
- › Apropiación
- › Secuestros con petición de rescate
- › Detención ilegal

El programa proporciona a los beneficiarios acceso 24/7 a los centros de asistencia internacionales de FocusPoint International para recibir asesoramiento y servicios de respuesta a crisis coordinada en el país, cuando sea necesario.

Según la situación, el programa ofrece:

- › Equipos de respuesta rápida y responsables de CAP dedicados desplegados globalmente en 24 horas;
- › Personal de seguridad con experiencia para rescate de campo, protección in situ y evacuaciones terrestres;
- › Equipos de comunicaciones en caso de crisis reconocidos nacionalmente;
- › Especialistas en respuesta a secuestros con petición de rescate y extorsión altamente experimentados;
- › Trasmisión de mensajes de emergencia a familiares o empleados;
- › Información geográfica de amenazas actualizada; y
- › Acceso a flota de aviones privada, pudiendo lanzarse una aeronave en tan solo 60 minutos.

Notas importantes:

- › FocusPoint International proporcionará servicios de respuesta en crisis para un máximo de dos incidentes físicos por beneficiario y por periodo de cobertura. Este programa permite acceder a un número ilimitado de consultas de crisis durante el periodo de cobertura.
- › La respuesta para los incidentes físicos aptos se limita a una asistencia de cuarenta y cinco (45) días naturales.
- › El Programa Crisis Assistance Plus™ no es una póliza de seguro. FocusPoint no reembolsará ni indemnizará a los beneficiarios por los gastos en que incurra directamente un beneficiario ni por los gastos en que se incurra en nombre de un beneficiario. FocusPoint, a su criterio exclusivo, incurrirá y pagará directamente todos los gastos adicionales.

No participamos, ni somos responsables, de las decisiones tomadas y/o resultados obtenidos por FocusPoint International. FocusPoint International no proporcionará servicios de respuesta en crisis:

- › En relación con un secuestro o crimen violento por parte de un pariente;
- › A ninguna persona a la que se le haya cancelado o rechazado un seguro contra secuestros;
- › A ninguna persona que haya sido secuestrada en el pasado;
- › Para ningún secuestro de una persona protegida en su país de residencia;
- › Cuando dicho servicio esté prohibido en virtud de resoluciones de las Naciones Unidas o leyes de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos;
- › Para el pago de un rescate;
- › Si el beneficiario decide viajar a una ubicación respecto la que existe una advertencia emitida y activa de no viajar;
- › Para una disputa comercial;
- › Para gastos adicionales provocados por un retraso del viaje no cubierto;
- › Por suicidio o intento de suicidio;
- › Por guerra, declarada o no, entre China, Francia, Reino Unido, la Federación Rusia y Estados Unidos, o guerra en Europa distinta a una guerra civil;
- › Por cualquier acción de imposición por o en nombre de las Naciones Unidas en la que estén implicados países nombrados anteriormente o cualesquiera fuerzas armadas; y
- › Por pérdida o destrucción de cualquier propiedad derivada de cualquier pérdida consecuenta o cualquier responsabilidad legal causada por radiactividad.

En caso de producirse alguna de las situaciones de crisis detalladas más arriba, contacte con nuestro Equipo de atención al cliente. Le transferiremos con un consultor de crisis de FocusPoint que puede asesorar y coordinar asistencia inmediata internacional. Para utilizar este servicio necesitamos comunicar su nombre e información de contacto a FocusPoint International.

Silver

Gold

Platinum

FocusPoint International® pagará los gastos de consultoría de crisis y otros gastos adicionales por respuesta cubierta (hasta un máximo de dos incidentes físicos por beneficiario y por periodo de cobertura) e incluidos, entre otros:

- › Costes de evacuación por emergencia política o desastre natural;
- › Honorarios y derivación legales;
- › Honorarios y gastos de un intérprete independiente;
- › Costes de reubicación, viaje y alojamiento;
- › Honorarios y gastos de personal de seguridad desplegado temporalmente exclusiva y únicamente con el fin de proteger a un beneficiario y ubicado en un país en el que se haya producido un acontecimiento de crisis.

Las siguientes notas importantes y condiciones generales son de aplicación a toda la cobertura proporcionada con la opción de Evacuación médica internacional.

Notas importantes

Los servicios descritos en esta sección son proporcionados u organizados por el servicio de asistencia médica de acuerdo con esta póliza.

Las siguientes condiciones son de aplicación tanto a evacuaciones como a repatriaciones médicas de urgencia:

- › todas las evacuaciones y repatriaciones deberán ser aprobadas con antelación por el servicio de asistencia médica, con el que se puede contactar a través del Equipo de atención al cliente;
- › el tratamiento por el cual o tras el cual es necesario realizar una evacuación o repatriación deberá ser recomendado por un enfermero cualificado o un médico;
- › los servicios de evacuación y repatriación solo están disponibles con esta póliza si el beneficiario está siendo tratado (o necesita ser tratado) en régimen de hospitalización o en régimen diurno;
- › el tratamiento por el cual se precisa evacuación o repatriación deberá:
 - ser un tratamiento por el que el beneficiario disponga de cobertura conforme a esta póliza; y
 - no estar disponible en la ubicación desde la que el beneficiario va a ser evacuado o repatriado;
 - el beneficiario ya deberá contar con cobertura conforme a la opción de Evacuación médica internacional antes de necesitar el servicio de evacuación o repatriación;
 - el beneficiario deberá contar con cobertura en el área de cobertura seleccionada que incluya el país donde se proporcionará el tratamiento tras la evacuación o repatriación (el tratamiento en EE. UU. está excluido a menos que el beneficiario haya adquirido cobertura Mundial incluyendo EE. UU.).
- › Solo pagaremos los servicios de evacuación o repatriación si todas las disposiciones han sido aprobadas de antemano por nuestro servicio de asistencia médica. Antes de conceder la aprobación, debemos recibir toda la información o pruebas que razonablemente podamos solicitar;
- › No aprobaremos ni pagaremos ninguna evacuación o repatriación si, en nuestra razonable opinión, no es adecuada o si va en contra de la recomendación médica. Para poder decidir si una evacuación o repatriación es adecuada, nos remitiremos a la práctica clínica y médica establecida;
- › En ocasiones es posible que realicemos una revisión de esta cobertura y nos reservamos el derecho a contactar con usted para obtener más información cuando sea razonable.

Condiciones generales

- › Cuando la situación local haga que sea imposible, poco práctico o peligroso acceder a determinada área, por ejemplo debido a inestabilidad política o a un conflicto armado, es posible que no podamos ofrecer los servicios de evacuación o repatriación. Esta póliza no garantiza que los servicios de evacuación o repatriación vayan a estar siempre disponibles cuando se soliciten, incluso aunque sean médicamente apropiados.
- › Solo pagaremos la hospitalización durante el tiempo en que el beneficiario esté recibiendo tratamiento. No pagaremos la hospitalización si un beneficiario ya no está siendo tratado pero está esperando un vuelo de regreso.
- › Cualquier tratamiento médico que reciba un beneficiario antes o después de una evacuación o repatriación será abonado por el plan de Seguro médico internacional (o cualquier otra opción de cobertura, según corresponda), siempre y cuando dicho tratamiento esté cubierto por esta póliza y usted haya adquirido la cobertura pertinente.
- › No nos responsabilizaremos de retrasos o falta de disponibilidad de los servicios de evacuación o repatriación que estén causados por condiciones meteorológicas adversas, problemas técnicos o mecánicos, condiciones o restricciones impuestas por las autoridades públicas o cualquier otro factor que esté fuera de nuestro control de forma razonable.
- › Solo pagaremos la evacuación, repatriación y el transporte de terceros si el tratamiento por el que es necesario realizar dicha evacuación o repatriación está cubierto por esta póliza.
- › Todas las decisiones relativas a:
 - la necesidad médica de evacuación o repatriación;
 - los medios y plazos de cualquier evacuación o repatriación;
 - el equipo y personal médicos a emplear; y
 - el destino al que deberá transportarse al beneficiario;

serán tomadas por nuestro equipo médico tras consultar con los médicos que estén tratando al beneficiario y teniendo en cuenta todos los factores y todas las consideraciones médicas pertinentes.

SALUD Y BIENESTAR INTERNACIONAL

Somos conscientes de la importancia de llevar una vida equilibrada y de su bienestar general. Además de revisiones, pruebas y exámenes médicos, esta opción también le proporciona a usted y su familia los servicios y el apoyo para gestionar su propia salud y bienestar individual día a día. Su acompañante de bienestar, que comprende el programa de Asistencia de gestión vital y el Coaching telefónico para el bienestar, está disponible para ayudarle a usted y a su familia a mantenerse sanos y en forma, tanto física como mentalmente.

Programa de asistencia de gestión vital	Silver	Gold	Platinum
	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>Nuestro programa de Asistencia de gestión vital está disponible las 24 horas del día, los 7 días a la semana, los 365 días del año, lo que significa que puede contactar con el servicio para acceder a asistencia confidencial gratuita sobre cualquier cuestión laboral, vital, personal o familiar que sea de importancia para usted, en el momento que mejor se adapte a usted.</p> <p>Tendrá usted acceso a los siguientes servicios y herramientas:</p> <p>Asesoramiento a corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 6 sesiones de asesoramiento por teléfono, video, o presencialmente por tema y periodo de cobertura. Los casos de uso comunes incluyen: manejo de la ansiedad y la depresión, apoyo para relaciones familiares y de pareja, duelos y más. <p>Salud conductual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 6 sesiones con un coach de conciencia plena por teléfono por periodo de cobertura. Es beneficioso para las personas que atraviesan periodos de estrés, y dificultades con el enfoque y la concentración. Un programa de autoayuda en línea de terapia cognitivo conductual (TCC) para abordar la ansiedad, la depresión y el estrés leves o moderados, con acceso ilimitado al programa durante 6 meses. <p>Asistencia profesional y en el lugar de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sesiones telefónicas de coaching vital para ayudar con el crecimiento personal y el desarrollo profesional en el trabajo. Sesiones telefónicas con un asesor para que los gerentes desarrollen sus habilidades de gestión de personal. <p>Necesidades prácticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apoyo telefónico inmediato ilimitado para recibir asistencia en directo. Referencias e información preseleccionadas para ayudarle con sus demandas diarias, como logística de reubicación, cuidado de niños o ancianos, servicios jurídicos o financieros. <p>Contacte con el equipo de Servicio de atención al cliente si desea utilizar este servicio. Este servicio es prestado por nuestro proveedor de asesoramiento seleccionado.</p>			

Coaching telefónico para el bienestar	Silver	Gold	Platinum
	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>Le asignaremos su propio coach de bienestar personal cualificado, formado específicamente en cambios de comportamientos de salud. Su coach trabajará con usted para identificar un objetivo de bienestar específico que sea importante para usted, y le apoyará en la creación de un plan de bienestar en torno a una de las siguientes áreas de atención: control de peso, alimentación saludable, actividad física, sueño, manejo del estrés y abandono del tabaquismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tendrá usted acceso a 6 sesiones de coaching telefónico confidencial por área de atención y por periodo de cobertura con su coach dedicado para desarrollar su estrategia y motivación y alcanzar su objetivo de bienestar. Su coach personal le apoyará con consejos y recomendaciones que se pueden implementar entre sus 6 sesiones de coaching para garantizar cambios duraderos en su estilo de vida. <p>Las sesiones de coaching se realizan por teléfono, lo que significa que puede acceder a ellas desde la comodidad de su propio hogar y que puede programarlas a una hora conveniente para usted, en función de la zona horaria y el idioma que prefiera. Tenga en cuenta que este es un servicio confidencial.</p> <p>Contacte con el equipo de Servicio de atención al cliente si desea utilizar este servicio. Este servicio es prestado por nuestro proveedor de coaching seleccionado.</p>			

Reconocimientos físicos rutinarios para adultos	Silver	Gold	Platinum
	Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £
Pagaremos la realización de reconocimientos físicos rutinarios para adultos (incluyendo, entre otros, altura, peso, análisis de sangre, análisis de orina, presión arterial, función pulmonar) para las personas de 18 años de edad o más.			

	Silver	Gold	Platinum
Detección del cáncer de cuello uterino Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
Pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 prueba Papanicolaou (citología); y ➤ 1 prueba de ADN del VPH para beneficiarias de entre 30 y 65 años de edad. 			

	Silver	Gold	Platinum
Detección del cáncer de próstata Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
Pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 examen de próstata (prueba de antígeno prostático específico (PSA)) para hombres de 50 años o más; o ➤ 1 examen de próstata (prueba de antígeno prostático específico (PSA)) para hombres asintomáticos de 40 años o más, cuando sea médicamente necesario. 			

	Silver	Gold	Platinum
Mamografías para la detección del cáncer de mama Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
Pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 prueba de mamografía para mujeres de entre 25 y 39 años cuando sea médicamente necesario, si existe un historial previo de cáncer de mama ➤ 1 prueba de mamografía para mujeres asintomáticas de 40 años o más. 			

	Silver	Gold	Platinum
Detección del cáncer intestinal Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
Pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 prueba de detección del cáncer intestinal para los beneficiarios de 50 años o más. 			

	Silver	Gold	Platinum
Densitometría ósea Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
Pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 escáner para mujeres de 65 años o más; ➤ 1 escáner para mujeres posmenopáusicas de menos de 65 años cuando sea médicamente necesario; y ➤ 1 escáner para hombres de 50 años o más cuando sea médicamente necesario. 			

	Silver	Gold	Platinum
Consultas dietéticas Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	Sin cobertura	Sin cobertura	Pagado por completo
Pagaremos hasta 4 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.			

SEGURO 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 o especializados.

CUIDADO DE LA VISIÓN

	Silver	Gold	Platinum
Prueba ocular Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £	Pagado por completo
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.			

	Silver	Gold	Platinum
Gastos para: Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	310 \$ 245 € 200 £
<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. 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

	Silver	Gold	Platinum
Prestación anual general máxima por tratamiento dental			
Prestación anual general máxima 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
Preventivo			
Hasta la prestación anual general máxima por tratamiento dental para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.			
Disponibles una vez que el beneficiario haya recibido cobertura mediante esta opción durante 3 meses.			
	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo

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 3 meses:

- › 2 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);
- › 1 protector bucal por periodo de cobertura;
- › 1 férula dental de descarga por periodo de cobertura; y
- › sellador de fisuras.

	Silver	Gold	Platinum
Rutinario			
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.			
Disponibles una vez que el beneficiario haya recibido cobertura mediante esta opción durante 3 meses.			
	80 % de reembolso	90 % de reembolso	Pagado por completo

Pagaremos los gastos de tratamiento del tratamiento dental rutinario siguiente después de que el beneficiario haya tenido cobertura de visión y dental internacional durante al menos 3 meses (si dicho tratamiento es necesario para la salud oral continuada y es recomendado por un dentista):

- › tratamiento del conducto radicular;
- › extracciones;
- › intervenciones quirúrgicas;
- › tratamiento ocasional;
- › anestesia; y
- › tratamiento periodontal.

	Silver	Gold	Platinum
Restaurativo mayor			
Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje "pagado por completo", dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.			
Disponibles una vez que el beneficiario haya recibido cobertura mediante esta opción durante 12 meses.			
	70 % de reembolso	80 % de reembolso	Pagado por completo

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:

- › dentaduras postizas (acrílicas/sintéticas, metálicas y metálicas/acrílicas);
- › coronas;
- › empastes; y
- › colocación de implantes dentales.

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.

Tratamiento de ortodoncia	Silver	Gold	Platinum
<p>Hasta el límite total mostrado en su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura o, cuando se refleje “pagado por completo”, dependerá de la prestación general anual máxima para su plan seleccionado por beneficiario por periodo de cobertura.</p> <p>Disponibles para beneficiarios de 18 años o menos, una vez que hayan recibido cobertura mediante esta opción durante 18 meses.</p>	40 % de reembolso	50 % de reembolso	50 % de reembolso
<p>Pagaremos el tratamiento de ortodoncia únicamente si:</p> <ul style="list-style-type: none"> › el dentista u ortodontista que va a realizar el tratamiento nos proporciona, por anticipado, una descripción detallada del tratamiento propuesto (incluyendo radiografías y modelos), así como un presupuesto del coste del tratamiento; y › hemos aprobado el tratamiento previamente. 			

Exclusiones de la atención dental

Las siguientes exclusiones son de aplicación al tratamiento dental, sumadas a las que se indiquen en cualquier otro lugar de la presente póliza y en su Certificado de seguro.

- › No pagaremos:
 - Tratamientos puramente cosméticos u otros tratamientos que no sean necesarios para una salud oral continuada o mejorada.
 - La sustitución de dispositivos dentales que se hayan perdido o hayan sido robados, ni ningún tratamiento relacionado.
 - La sustitución de un puente, corona o dentadura postiza que (en la razonable opinión de un dentista de competencia y práctica ordinaria dentro del país de residencia habitual del beneficiario) pueda repararse y volverse a utilizar.
 - La sustitución de un puente, corona o dentadura postiza en el plazo de cinco años a partir de su implantación inicial, a menos que:
 - se haya dañado durante su uso sin posibilidad de reparación, como resultado de una lesión dental sufrida por el beneficiario durante el periodo de cobertura de esta póliza; o
 - la sustitución sea necesaria porque el beneficiario necesite someterse a la extracción de algún diente natural sano; o
 - la sustitución sea necesaria debido a la colocación de una dentadura postiza completa original.
 - Fundas acrílicas o de porcelana.
 - Coronas o puentes sobre, o en sustitución de, el primer, segundo y tercer molares superiores e inferiores, a menos que:
 - estén realizados en porcelana, compuestos metálicos o metal solo (por ejemplo, una corona de aleación de oro); o
 - sea necesario implantar una corona o un puente temporales como parte de la rutina de un tratamiento dental de emergencia.
 - Tratamientos, procedimientos y materiales que sean experimentales o que no se ajusten a los estándares dentales generalmente aceptados.
 - Tratamientos para implantes dentales directa o indirectamente relacionados con:
 - rechazo del implante;
 - ruptura o integración ósea;
 - periimplantitis;
 - sustitución de coronas, puentes o dentaduras postizas; o
 - cualquier accidente o tratamiento de urgencia, incluyendo para cualquier dispositivo protésico.
 - Asesoramiento sobre control de la placa, higiene oral y dieta.
 - Servicios y suministros, entre otros, enjuagues bucales, cepillos de dientes y dentífricos.
 - Los tratamientos médicos llevados a cabo en un hospital por parte de un especialista oral pueden entrar dentro de la cobertura del plan de Seguro médico internacional y/o la opción de Asistencia ambulatoria internacional, si se ha adquirido dicha opción, excepto cuando el tratamiento dental sea el motivo por el que usted se encuentra hospitalizado.
 - Registro de la mordida, accesorios de precisión o semiprecisión.
 - Cualquier tratamiento, procedimiento, dispositivo o restauración (excepto dentaduras postizas completas) si su finalidad principal es:
 - modificar la dimensión vertical; o
 - diagnosticar o tratar afecciones o disfunciones de la articulación temporomandibular; o
 - estabilizar piezas dentales afectadas por periodontitis; o
 - restablecer la oclusión.

DISPOSICIONES CLAVE DEL PRODUCTO

Esta es una póliza de seguro de salud que paga los beneficios mediante el reembolso de los costes de servicios sanitarios incurridos durante el periodo del seguro, sujeto a deducibles, coseguros y límites de beneficios. A continuación se incluyen disposiciones del producto clave que se encuentran en nuestros contratos de pólizas. Se trata solo de un resumen breve con el fin de servir de orientación e información. Consulte también las Normas de la póliza, que prevalecerán en caso de conflicto entre los dos documentos y que contienen los términos y condiciones, las definiciones y las exclusiones generales. La Guía del cliente también muestra los límites que se aplican a los beneficios. Consulte su asesor de seguros o Cigna si necesita más explicaciones.

1. CLÁUSULA DE RESCISIÓN - Sujeto a cualquier requisito legal o normativo contradictorio, podemos rescindir esta póliza inmediatamente para todos los beneficiarios si:

- 1.1 Alguna prima u otro cargo (incluido cualquier impuesto pertinente) no se paga por completo en los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento de este. Si vamos a rescindir la póliza por este motivo, se lo comunicaremos por escrito, o
- 1.2 Resulta ilícito que proporcionemos cualquier cobertura disponible conforme a esta póliza o debemos rescindir la póliza en cualquier jurisdicción o territorio en particular por órdenes de una autoridad u organismo regulador competente; o
- 1.3 Se identifica a cualquier beneficiario en cualquier lista de sanciones financieras a personas o entidades mantenidas por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, la Unión Europea, la Oficina de Control de Bienes Extranjeros de Estados Unidos o cualquier otra jurisdicción aplicable. Además, no abonaremos ninguna solicitud de reembolso por servicios relacionados con países sancionados si haciéndolo podríamos violar los requisitos del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, la Unión Europea o la Oficina de Control de Bienes Extranjeros del Departamento de Tesorería de Estados Unidos; o
- 1.4 Nosotros, a nuestra entera discreción, determinamos, con motivos razonables, que usted, al solicitar la póliza o al realizar alguna solicitud bajo esta, ha retenido información o consciente o imprudentemente proporcionado información que sabe o cree que es falsa o inexacta o que no ha facilitado información que le hemos solicitado, incluyendo información médica, o
- 1.5 Sujeto a los términos y condiciones de la póliza, podemos rescindirla si alguno de los beneficiarios deja de ser un expatriado, ya sea como resultado de un cambio en el país de nacionalidad o el país de residencia habitual de un beneficiario.
- 1.6 Ya no estamos en el mercado para vender la póliza o una alternativa adecuada en su zona geográfica. Le notificaremos al menos un (1) mes antes de la fecha de finalización para informarle de que la póliza será rescindida (y por lo tanto no podrá renovarse) con efecto a partir de la fecha de finalización.

Si desea rescindir esta póliza y finalizar la cobertura para todos sus beneficiarios, puede hacerlo en cualquier momento con una notificación previa de siete (7) días por escrito. Puede escribirnos utilizando una de las opciones de la sección “Cómo contactar con nosotros” en la página 3 de las Normas de la póliza.

Si la póliza se rescinde de conformidad con la cláusula 6.5 de las Normas de la póliza, antes de la fecha de finalización, y hemos pagado una solicitud de reembolso o emitido una garantía de pago durante el periodo de cobertura, usted será responsable de cualquier prima restante que no se haya pagado en relación con la póliza. Si su prima anual se cobra a intervalos a lo largo del año de la póliza, usted será responsable de realizar estos pagos para el resto del periodo de cobertura o, alternativamente, liquidar la cantidad pendiente de la prima.

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.

En relación con el periodo tras la finalización de su cobertura, a menos que su póliza se rescinda de conformidad con la cláusula 6.2 y/o cláusula 7 de las Normas de la póliza, cualquier prima que se haya pagado en relación con el periodo posterior a la finalización de la cobertura será reembolsada en la medida en que no se relacione con un periodo de tiempo en el que hayamos proporcionado cobertura, siempre que no hayamos pagado ninguna solicitud de reembolso ni emitido ninguna garantía de pago durante el periodo de cobertura.

Si el tratamiento ha sido autorizado, nosotros no seremos responsables de los costes del tratamiento si la póliza finaliza o un beneficiario deja la póliza antes de que el tratamiento haya tenido lugar.

2. RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA - Esta póliza es un contrato anual. Ello significa que, salvo que se rescinda anticipadamente o se renueve, la cobertura finalizará un año después de la fecha de inicio. Esta es una póliza de accidentes y salud a corto plazo y Cigna no está obligada a renovar esta póliza. Cigna podrá rescindir esta póliza enviándole una notificación con 30 días de antelación.

Si decidimos renovar, le escribiremos al menos un (1) mes natural antes de la fecha de finalización para invitarle a renovar de acuerdo con los términos que le ofrezcamos. Le informaremos de cualquier cambio en la póliza y la prima del siguiente periodo de cobertura. Las tarifas de las primas no están garantizadas y pueden ajustarse según la experiencia futura. La póliza no es una póliza aprobada por Medisave y usted no puede utilizar Medisave para pagar la prima de esta póliza. Si la legislación y/o normativa local lo establece, puede que se nos requiera que le ofrezcamos un plan de salud alternativo. Sujeto a la cláusula 7 de las Normas de la póliza, cualquier decisión de Cigna de no renovar no se basará en su historial de solicitudes de reembolso ni en ninguna enfermedad, lesión o afección sufrida por ningún beneficiario.

Si acepta la invitación de renovación, asegúrese de haber leído y comprendido los documentos de póliza para el siguiente periodo de cobertura. Su cobertura se renovará para otros doce (12) meses.

Si no quiere renovar su cobertura tiene que comunicárnoslo por escrito por lo menos siete (7) días antes de la fecha de finalización de su póliza. Si no renueva su cobertura, cualquier beneficiario que haya recibido cobertura conforme a esta póliza puede solicitar una cobertura propia. Tendremos en cuenta las solicitudes individualmente y le comunicaremos al beneficiario en cuestión si estamos dispuestos a ofrecerle la cobertura y bajo qué términos.

3. PRIMA NO GARANTIZADA - Si decidimos renovar, le escribiremos al menos un (1) mes natural antes de la fecha de finalización para invitarle a renovar de acuerdo con los términos que le ofrezcamos. Le informaremos de cualquier cambio en la póliza y la prima del siguiente periodo de cobertura. Si la legislación y/o normativa local lo establece, puede que se nos requiera que le ofrezcamos un plan de salud alternativo.

Sujeto a la cláusula 7 de las Normas de la póliza, cualquier decisión de Cigna de no renovar no se basará en su historial de solicitudes de reembolso ni en ninguna enfermedad, lesión o afección sufrida por ningún beneficiario.

4. EXCLUSIONES ESTÁNDAR - Existen ciertas condiciones según las cuales no se pagarán beneficios. Estas se indican como exclusiones en las Normas de la póliza. Le recomendamos que lea las Normas de la póliza para conocer la lista completa de exclusiones. A continuación se incluye una lista de algunas de las exclusiones de la Póliza:

- > El tratamiento de una afección preexistente o cualquier afección o síntoma que derive de la afección preexistente o esté relacionado con esta. No pagaremos el tratamiento de una afección preexistente de la que el tomador del seguro fuera consciente (o razonablemente debería haberlo sido) en la fecha de inicio de la cobertura, y respecto a la cual no hayamos acordado expresamente ofrecer cobertura.
- > Anomalías o defectos congénitos, excepto en el caso de que podamos proporcionar cobertura bajo el beneficio de "Afecciones congénitas" dentro del plan de Seguro médico internacional.
- > La cobertura común por maternidad y parto, las complicaciones derivadas de la maternidad y las prestaciones para los partos en casa quedan excluidos de nuestro plan Silver. Los beneficios se incluyen en el plan Gold y Platinum.

5. PERIODO DE ESPERA - La cobertura empezará en la fecha de inicio mostrada en el primer certificado de seguro que le enviamos. Si elige adquirir una cobertura para beneficiarios adicionales, su cobertura empezará en la fecha de inicio indicada en el primer certificado de seguro en el que aparezcan mencionados.

Los siguientes beneficios tienen un periodo de espera:

Seguro médico internacional

- > **Tratamiento para la obesidad** (solo planes Gold y Platinum)
 - Se aplica un periodo de espera de veinticuatro (24) meses.
- > **Beneficio de maternidad rutinaria y cobertura de nacimiento en pacientes hospitalarias y ambulatorias** (solo planes Gold y Platinum)
 - Se aplica un periodo de espera de doce (12) meses para el tratamiento y la atención a los padres y al bebé.
 - Disponible una vez que la madre ha tenido cobertura conforme a la póliza durante un periodo continuado de al menos doce (12) meses o más.
- > **Complicaciones derivadas de la maternidad** (planes Gold y Platinum solamente)
 - Se aplica un periodo de espera de doce (12) meses para las complicaciones derivadas del embarazo o el parto.
 - Disponible una vez que la madre ha tenido cobertura conforme a la póliza durante un periodo continuado de al menos doce (12) meses o más.
- > **Partos en casa** (solo en los planes Gold y Platinum)
 - Se aplica un periodo de espera de doce (12) meses para los partos en casa.

- Disponible una vez que la madre ha tenido cobertura conforme a la póliza durante un periodo continuado de doce (12) meses o más.

> **Atención para recién nacidos**

- Se aplica un periodo de espera de doce (12) meses.
- Disponible cuando uno de los padres haya tenido cobertura conforme a la póliza durante un periodo continuado de doce (12) meses o más antes del nacimiento del recién nacido

Módulo opcional de asistencia ambulatoria internacional

> **Cuidados prenatales y posnatales de forma ambulatoria** (solo los planes Gold y Platinum)

- Se aplica un periodo de espera de doce (12) meses para la atención prenatal y posnatal.
- Disponible una vez que la madre haya estado cubierta por el módulo opcional de asistencia ambulatoria internacional durante un periodo continuado de al menos doce (12) meses o más.

> **Investigación y tratamiento de infertilidad** (solo plan Platinum)

- Se aplica un periodo de espera de veinticuatro (24) meses para las investigaciones y los tratamientos de infertilidad.

> **Prueba oncológicas genéticas** (solo planes Gold y Platinum)

- Se aplica un periodo de espera de doce (12) meses para la prueba oncológica genética.

Módulo opcional para la visión y atención odontológica internacional

> **Tratamiento dental preventivo y usual**

- Se aplica un periodo de espera de tres (3) meses para el tratamiento dental preventivo y usual en el módulo opcional para la visión y atención odontológica internacional.

> **Tratamiento dental restaurativo complejo**

- Se aplica un periodo de espera de doce (12) meses para el tratamiento dental restaurativo complejo en el módulo opcional para la visión y atención odontológica internacional.
- Si el beneficiario necesita un tratamiento dental restaurativo complejo antes de haber recibido la cobertura de visión y dental internacional durante doce (12) meses, pagaremos el 50 % de los costes del tratamiento.

> **Tratamiento de ortodoncia**

- Se aplica un periodo de espera de dieciocho (18) meses para el tratamiento de ortodoncia en el módulo opcional de Cobertura internacional de visión y dental.

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 DE PRUEBA GRATUITO - Tiene derecho a cancelar su póliza en un plazo de catorce (14) días desde la fecha en que reciba esta póliza. Si usted desea cancelar esta póliza y nosotros no hemos pagado una solicitud de reembolso o presentado una garantía de pago, recibirá un reembolso completo de su prima. En cambio, si hemos pagado una solicitud de reembolso o emitido una garantía de pago, no le reembolsaremos ninguna prima que ya se haya pagado.

Si usted no ejerce su derecho a cancelar la póliza, esta seguirá en vigor y deberá pagarnos cualquier prima que nos deba.

9. CANCELACIÓN - Si desea rescindir esta póliza y finalizar la cobertura para todos sus beneficiarios, puede hacerlo en cualquier momento con una notificación previa de siete (7) días por escrito.

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

Si esta póliza finaliza antes de la fecha normal, cualquier prima que se haya pagado en relación con el periodo después de que la cobertura haya finalizado se reembolsará de modo proporcional, siempre que no se hayan hecho solicitudes de reembolso y no se hayan presentado garantías de pago o acuerdos previos durante el periodo de cobertura. Si la póliza termina antes de la fecha de finalización normal y usted ha realizado solicitudes de reembolso, usted será responsable de cualquier prima restante que no se haya pagado en relación con la póliza.

Para obtener detalles completos, consulte las Normas de la póliza.

10. SOLICITUDES DE REEMBOLSO - Póngase en contacto con nuestro equipo de atención al cliente para el acuerdo previo de todo el tratamiento utilizando los siguientes números:

Singapur número gratuito 800 186 5047
Internacional +44 1475 788182 (extranjero)

Podemos ayudarle a organizar su plan de tratamiento y a indicarle cuáles son los pasos a seguir, ahorrándole el tiempo y la molestia de buscar un hospital, una clínica o un médico por su cuenta. Podemos contactar directamente con su proveedor de tratamiento para garantizar que el tratamiento que vaya a recibir esté cubierto bajo su póliza y emitir una autorización previa. También podemos contactar directamente con su proveedor de tratamiento para organizar la facturación directa emitiendo una garantía de pago.

Somos conscientes de que puede haber ocasiones en las que no sea práctico o posible contactar con nosotros antes de recibir tratamiento en caso de emergencia y la prioridad es recibirlo lo antes posible. En estos casos pedimos que usted o el beneficiario afectado contacte con nosotros en las 48 horas posteriores a recibir el tratamiento. Esto nos permitirá confirmar si su tratamiento está cubierto y organizar el pago con su proveedor de tratamiento. Quizá necesitemos más información, como un informe médico, para que podamos aprobar el tratamiento. Le confirmaremos la aprobación y, en caso de ser necesario, el número de tratamientos aprobados.

Si un beneficiario es trasladado a un hospital, médico o clínica que no formen parte de nuestra red, quizá podamos realizar algún arreglo (con consentimiento del beneficiario) para trasladar a dicho beneficiario a un hospital, médico o clínica pertenecientes a la red de Cigna para continuar el tratamiento una vez que resulte médicamente factible hacerlo.

Para obtener información completa sobre nuestro proceso de solicitudes de reembolso, consulte la Guía del cliente.

11. OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE AFECTAN A LAS TARIFAS DE LAS PRIMAS O A LOS BENEFICIOS DE LA PÓLIZA - Si algún beneficiario cambia su país de residencia habitual, esto puede dar lugar a un aumento de la prima o al pago de un impuesto adicional.

Tenga en cuenta que el seguro puede ser proporcionado por otra empresa del grupo Cigna.

12. PERIODO DE APLAZAMIENTO - No aplicable.

13. PERIODO DE SUPERVIVENCIA - No aplicable.

14. COSTES DE DISTRIBUCIÓN - Cigna paga una remuneración a su representante de ventas y/o a sus corredores de seguros cuando emitimos y renovamos su póliza. El coste total de distribución de este producto puede ser de hasta el 15 % de la prima. Dichos costes pueden incluir pagos en efectivo en forma de comisión, coste de beneficios y servicios pagados al canal de distribución. Tenga en cuenta que el coste total de distribución no es un coste adicional para el cliente y ya se ha permitido al calcular la prima.

15. RIESGOS Y LIMITACIONES IMPLICADOS EN EL CAMBIO DE SU PÓLIZA - Si tiene intención de cambiarse de su otra póliza de seguro de salud a esta póliza de sustitución, tenga en cuenta que:

- (a) puede que no sea asegurable en términos estándar;
- (b) es posible que tenga que pagar una prima diferente;
- (c) los términos y condiciones pueden diferir; o
- (d) puede haber un cargo o comisión que tendrá que asumir.

Envíe el formulario completo por correo electrónico o postal a:

**Business Services Team
Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. - Singapore Branch
Cigna Global Health Options Singapore
152 Beach Road
#33-05/06
The Gateway East
Singapore 189721**

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, #33-05/06 The Gateway East, Singapore 189721 (Singapur).
Tel: +65 6549 3636. Fax: +65 6549 3600

“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. © 2021 Cigna. Todos los derechos reservados.