



# NORMAS DE LA PÓLIZA

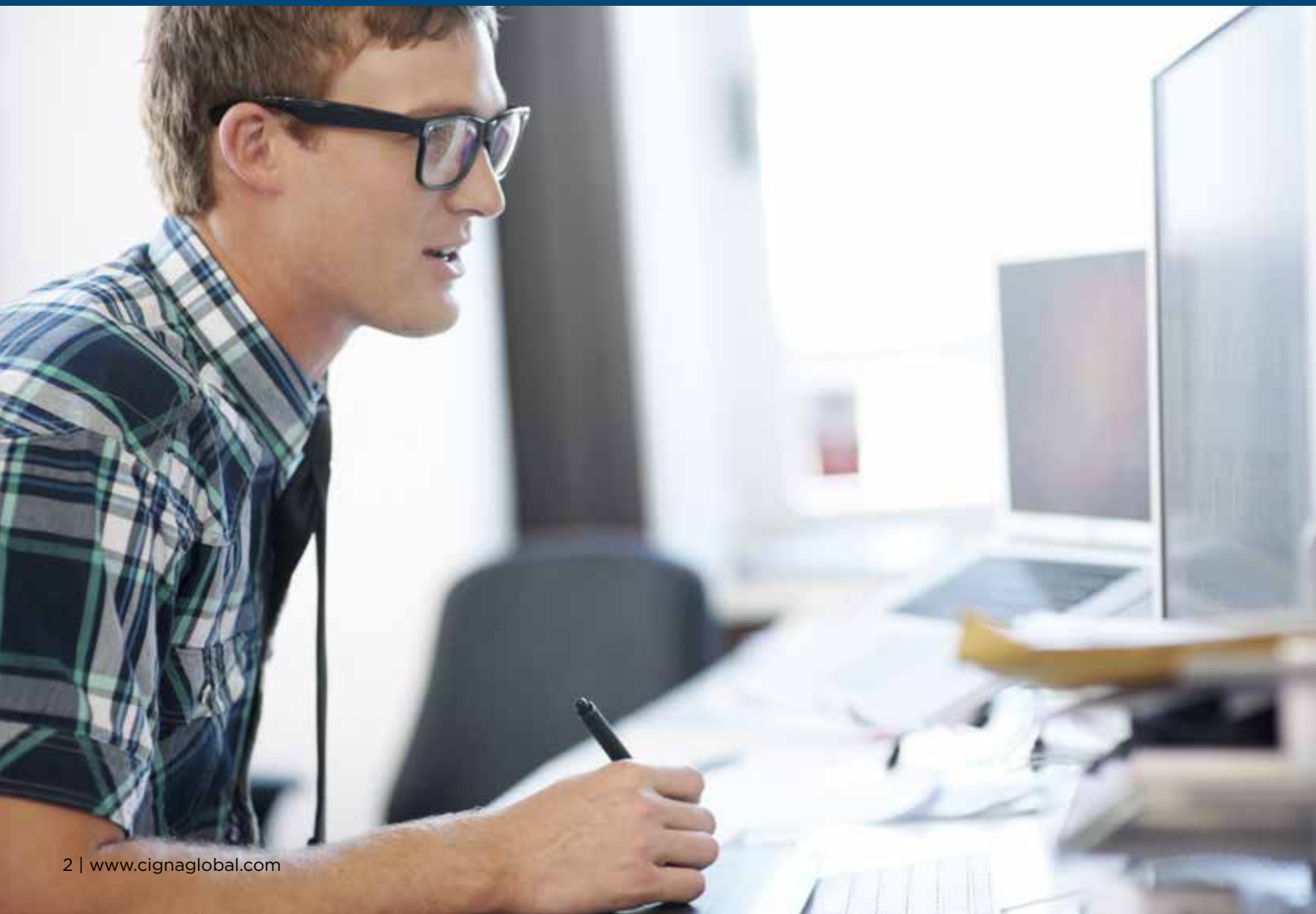
Términos, exclusiones generales y definiciones  
relacionadas con su plan

# NORMAS DE LA PÓLIZA

Por favor, lea las *Normas de la póliza* junto con su *Certificado de seguro* y su *Guía del cliente*, puesto que todos estos documentos forman parte de *su contrato entre usted y nosotros*.

## ÍNDICE

Información importante	3
Sección 1: Términos generales y condiciones	4
Sección 2: Exclusiones generales	16
Sección 3: Definiciones	22



# INFORMACIÓN IMPORTANTE



El asegurador de esta póliza es:

Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V.-Rama de Zúrich  
Freigutstrasse 20  
CH-8002 Zurich  
Suiza

Esta *póliza* está concebida para *expatriados*. No cubre los costes de un *tratamiento* en el país del que el *beneficiario* sea un nacional en el momento del *tratamiento* (por ejemplo, la cobertura no cubre los costes de un Nacional alemán que obtenga cualquier tratamiento en Alemania) excepto en los casos en los que el *beneficiario* esté de visita a ese país, que tales visitas realizadas durante el *periodo de cobertura* duren en total menos de noventa (90) días y que el país esté en la *zona seleccionada de cobertura*. Lea la cláusula 17 para más información.

Si *usted* no entiende completamente los términos y condiciones de esta *póliza*, deberá ponerse en contacto con *nosotros* dentro de los catorce (14) días siguientes a la *fecha de entrada en vigor* que figura en su *Certificado de seguro*.

Si la póliza no satisface sus necesidades o no se corresponde con lo que usted esperaba, puede solicitarnos su cancelación dentro de los 14 días siguientes a la *fecha de entrada en vigor* que se muestra en su *certificado de seguro*. Si no se han realizado solicitudes de reembolso y no se han proporcionado *garantías de pago* o aprobado autorizaciones previas, le reembolsaremos cualquier prima que haya sido pagada.

Las palabras y frases en *cursiva* tienen el significado establecido en la sección 3, "Definiciones".

Esta *póliza* no sustituye a ninguna *cobertura sanitaria de carácter estatal*. No deberá dejar de contribuir a ninguna *cobertura sanitaria de carácter estatal* a menos que antes haya recibido el pertinente asesoramiento sobre los riesgos de hacerlo.

# SECCIÓN 1: TÉRMINOS GENERALES Y CONDICIONES



## 1. **Ámbito de cobertura**

Con sujeción a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidos en esta *póliza*, Cigna reembolsará los gastos médicos y derivados del *tratamiento de lesiones* y enfermedades y otros gastos relacionados con dichos *tratamientos* siempre que dichos *tratamientos* sean prestados en la *zona seleccionada de cobertura*. El *tratamiento* debe tener lugar durante el *periodo de cobertura* y la cobertura quedará sujeta a franquicias, *participación en los costes* y límites de cobertura que resulten aplicables.

## 2. **Documentación de la póliza**

Forman parte integrante de la *póliza* suscrita entre *usted* y *nosotros* estas *Normas de la póliza*, *su solicitud*, *su Certificado de seguro* y la *Guía del cliente*. Debe leer todos estos documentos atentamente.

## 3. **Elegibilidad.**

*Usted* debe ser mayor de edad para contratar una *póliza*.

## 4. **¿Cuándo empieza la cobertura?**

### 4.1

La cobertura empezará en la *fecha de entrada en vigor* que figure en el primer *Certificado de seguro* que le enviemos. La fecha de renovación coincidirá para cada año subsiguiente con esta *fecha de entrada en vigor*.

### 4.2

Si elige contratar cobertura para otros *beneficiarios*, la cobertura de éstos empezará en la *fecha de entrada en vigor* indicada en el

primer *Certificado de seguro* en el que estos *beneficiarios* aparezcan identificados.

### 4.3

En los casos en que exista un desfase temporal entre la fecha de su solicitud y la *fecha inicial de entrada en vigor* de su *póliza* y su estado de salud cambiase durante se periodo de desfase, *usted* deberá comunicarnos dicha circunstancia. En tal caso, nos reservamos el derecho de cancelar la *póliza* o aplicar primas adicionales o exclusiones como resultado de cualquier cambio en su estado de salud producido durante dicho desfase temporal que no se nos haya notificado. Si *usted* no nos notifica cualquier cambio en su estado de salud producido durante dicho desfase temporal, podremos considerarlo como una falsa declaración, lo cual podría afectar a la cobertura de su *póliza* o a los pagos de las solicitudes de reembolso.

## 5. **¿Cuándo finaliza la cobertura?**

### 5.1

Esta *póliza* tiene una duración anual. Eso significa que, salvo que se rescinda anticipadamente o se renueve, la cobertura finalizará un año después de la *fecha de entrada en vigor*. Por ejemplo, si la *fecha de entrada en vigor* de su *póliza* es el 1 de enero, el último día de cobertura será el 31 de diciembre.

### 5.2

La cobertura terminará de forma automática para cualquier *beneficiario* si:

#### 5.2.1

el *beneficiario* fallece (si bien se pagará cualquier *prestación* que pudiera ser debida tras el fallecimiento, como la repatriación de restos mortales); o

### 5.2.2

la *póliza* se dará por terminada. Las causas por las que *usted* o *nosotros* podremos dar por terminada esta *póliza* se detallan en la cláusula 14.

### 5.3

Si *usted* fallece, la cobertura terminará para todos los *beneficiarios*. Si esto ocurre, trataremos de contactar con todos los *beneficiarios* cubiertos por la *póliza* y les ofreceremos la oportunidad de seguir con la cobertura hasta la *fecha de finalización* siempre y cuando alguno de ellos asuma la condición de *tomador del seguro*. Si el *beneficiario* desea continuar con la cobertura, debe confirmarnos su aceptación, por escrito y en un plazo de treinta (30) días. En caso de no hacerlo, toda la cobertura se dará por terminada, y no realizaremos ningún pago en relación con *tratamiento* o servicios que se hayan recibido o se vayan a recibir después de que la *póliza* se dé por terminada.

### 5.4

En caso de terminación anticipada de la *póliza*, cualquier prima que se haya pagado en relación con el periodo posterior a la terminación de la cobertura se reembolsará mediante prorratio, siempre y cuando no se hayan hecho solicitudes de reembolso y no se hayan proporcionado *garantías de pago* o aprobado autorizaciones previas durante el *periodo de cobertura*.

En caso de terminación anticipada de la *póliza*, si *usted* ha realizado solicitudes de reembolso, se han proporcionado *garantías de pago* o aprobado autorizaciones previas, *usted* será responsable de cualquier prima pendiente hasta la *fecha de finalización* prevista de la *póliza* y que no haya sido pagada.

---

## 6. ¿Cómo se renueva la póliza?

### 6.1

Le escribiremos como mínimo un (1) mes antes de la *fecha de finalización* de la cobertura y le preguntaremos si quiere

renovar la cobertura que tiene actualmente. También le comunicaremos cualquier cambio en las primas, definiciones, prestaciones y términos y condiciones que se aplicarían tras la renovación.

### 6.2

Si *usted* decide renovar, no hace falta que haga nada y *su* cobertura se renovará automáticamente por otros doce (12) meses más. Si no quiere renovar *su* cobertura, tiene que comunicárnoslo, como mínimo, siete (7) días antes de la fecha de finalización de *su póliza*. La renovación quedará sujeta a las definiciones, prestaciones, y términos y condiciones de las *Normas de la póliza* en vigor en el momento de la renovación. Si no podemos renovar su cobertura por las razones detalladas en la cláusula 14.1, le informaremos tal como consta en la cláusula 14.5.

### 6.3

Si *usted* no renueva *su* cobertura, cualquier *beneficiario* que cubierto bajo la *póliza* podrá solicitar cobertura para sí mismo. Valoraremos individualmente estas *solicitudes*, y le comunicaremos si estamos dispuestos a ofrecerle la cobertura y en qué condiciones.

---

## 7. Beneficiarios de la cobertura

### 7.1

Puede solicitar que ciertas personas (p. ej., miembros de la familia) sean añadidos como *beneficiarios* a *su póliza*. La aceptación o denegación de esta solicitud quedará a nuestra total discreción. Para ello, debe incluirlos en *su solicitud*.

Si accedemos a darles cobertura, incluiremos sus nombres en *su Certificado de seguro*. Esta inclusión podrá estar sujeta al pago de una prima adicional y se podrán aplicar exclusiones especiales en relación con estos *beneficiarios*.

### 7.2

Si así lo aceptamos, *usted* puede, solicitar cobertura para terceros (p. ej., menores de edad u otros dependientes) aun cuando no

esté solicitando cobertura para *usted mismo*. En esta situación, *usted* será el *tomador del seguro* y el responsable de realizar el pago de las primas y cumplir el resto de obligaciones derivadas de la *póliza*, pero *usted* no estará cubierto por la *póliza*. Todas las *solicitudes* en este sentido estarán sujetas a evaluación médica e informaremos al *tomador del seguro* sobre los términos que se aplicarán a cualquier *beneficiario* identificado en el *Certificado de seguro*.

---

## 8. ¿Puedo añadir o quitar beneficiarios en mitad del periodo de la cobertura?

### 8.1

A menos que exista haya un *acontecimiento en su vida habilitante*, puede añadir o quitar un *beneficiarios* a su *póliza* solo cuando *renueve la cobertura* al final del *periodo de la cobertura* anual. Por ejemplo, si la *fecha de entrada en vigor* que se muestra en su *Certificado de seguro* es el 1 de enero, solo puede añadir o quitar un nuevo *beneficiario* con efecto a partir del 1 de enero del siguiente año.

### 8.2

Si ha ocurrido un *acontecimiento en su vida habilitante*, puede añadir o quitar a la otra persona involucrada en ese *acontecimiento en su vida habilitante* como *beneficiario* a mitad del *periodo de cobertura*. Si desea añadir un nuevo *beneficiario* sobre esta base, *debe mandarnos una solicitud* completa para esa persona.

Le confirmaremos a continuación si ofreceremos o no cobertura a esa persona y, en tal caso, sobre cualquier condición especial o exclusiones y sobre cualquier prima que se pueda aplicar. La cobertura para el nuevo *beneficiario* comenzará a partir de la fecha en que *usted* confirme su aceptación.

Le mandaremos un *Certificado de seguro* actualizado para confirmar que se ha añadido al nuevo *beneficiario*.

## 8.3

Si *usted* o su cónyuge da a luz, puede solicitar añadir al recién nacido como *beneficiario de su plan* en las siguientes condiciones:

### 8.3.1

Si al menos un progenitor ha estado cubierto por la *póliza* durante un periodo continuado de doce (12) meses o más antes del nacimiento del recién nacido y hemos recibido su *solicitud* dentro de los treinta (30) días posteriores de la fecha de nacimiento del recién nacido. En ese caso, el recién nacido no estará sujeto a evaluación médica, ni pediremos ninguna información sobre su salud, ni ningún examen médico, y la cobertura empezará cuando confirmemos la recepción de la *solicitud*. Le mandaremos un *Certificado de seguro* actualizado para confirmar que se ha añadido el nuevo *beneficiario*.

### 8.3.2

Si al menos uno de los progenitores ha estado cubierto por la *póliza* durante un periodo continuado de doce (12) meses o más antes de la fecha de nacimiento del recién nacido y hemos recibido la *solicitud* más de treinta (30) días después de la fecha del nacimiento del recién nacido. En este caso, el recién nacido estará sujeto a evaluación médica. Le confirmaremos a continuación si ofreceremos o no cobertura al recién nacido y, en tal caso, sobre cualquier condición especial o exclusiones y sobre cualquier prima que resulte aplicable. Si acepta los términos que le ofrecemos, la cobertura empezará cuando confirmemos la recepción de la *solicitud*. Le mandaremos un *Certificado de seguro* actualizado para confirmar que se ha añadido al nuevo *beneficiario*.

### 8.3.3

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. En este caso el recién nacido estará sujeto a evaluación médica.

Le confirmaremos a continuación si le ofreceremos o no cobertura al recién nacido y, en tal caso, sobre cualquier condición especial o exclusiones y sobre cualquier prima que resulte aplicable. Si acepta los términos que le ofrecemos, la cobertura empezará cuando confirmemos la recepción de la *solicitud*. Le mandaremos un *Certificado de seguro* actualizado para confirmar que se ha añadido al nuevo *beneficiario*.

---

## 9. ¿Qué está cubierto?

### 9.1

Esta *póliza* le proporciona cobertura para ciertos costes de servicios o suministros médicos prescritos por un *médico*, y que son *médicamente necesarios* para el cuidado y el *tratamiento* de una *lesión* o *enfermedad*, según lo determinemos.

### 9.2

Los costes cubiertos constan en la *Guía del cliente*. Estos costes están sujetos a los límites y exclusiones que constan en estas *Normas de la póliza*, la *Guía del cliente* y su *Certificado de seguro*.

### 9.3

Además de la autorización previa para un *tratamiento*, se puede requerir una posterior autorización para cualquier *tratamiento* relacionado con una prestación por maternidad y alumbramiento cuando en el momento del *tratamiento*:

#### 9.3.1

la madre pretenda estar fuera de su *país de residencia habitual*; o

#### 9.3.2

la madre pretenda permanecer en su *país de nacionalidad*.

### 9.4

Se pueden aplicar exclusiones especiales, impuestas a título individual. Se mostrarán los detalles de estas exclusiones especiales en su *Certificado de seguro*. En algunas circunstancias podremos, a *nuestra* total

discreción, acceder a retirar una exclusión si *usted* paga una prima adicional. Eso se confirmará en el momento en el que adquiera su *póliza*.

### 9.5

Cualquier solicitud de reembolso está sujeta a las *franquicias*, *participación en los costes* y límites de cobertura aplicables establecidos en estas *Normas de la póliza*, la *Guía del cliente* y su *Certificado de seguro*.

### 9.6

Esta *póliza* no cubrirá ningún coste relacionado con un *tratamiento* recibido antes de que la cobertura entre en vigor o después de terminar la cobertura (incluso si aprobamos ese *tratamiento* antes de que la cobertura finalice).

---

## 10. Opciones de cobertura

### 10.1

El plan de Seguro médico internacional se proporciona a todos los *beneficiarios*. Las *prestaciones* que están disponibles (sujetas a los términos, condiciones, límites y exclusiones aplicables) constan en el apartado “Sus prestaciones al detalle” en la *Guía del cliente*.

### 10.2

A cambio de una prima adicional, *usted* puede añadir una o varias de las siguientes opciones de cobertura extra a la cobertura proporcionada bajo el plan de Seguro médico internacional. Si lo hace, la cobertura extra se aplicará a todos los *beneficiarios* bajo su *póliza*.

#### 10.2.1

Asistencia ambulatoria internacional;

#### 10.2.2

Evacuación médica internacional;

#### 10.2.3

Cobertura internacional de salud y bienestar; y

#### 10.2.4

Cobertura internacional de visión y dental.

### 10.3

Los detalles de las opciones de la cobertura extra constan en el apartado “Sus prestaciones al detalle” en la *Guía del cliente*.

### 10.4

Las opciones de cobertura no se pueden modificar a su *petición durante el periodo de cobertura*. Si desea añadir o quitar opciones de cobertura, debe comunicárnoslo antes de la *fecha de renovación anual*.

### 10.5

Si desea añadir nuevas opciones de cobertura extra, le podremos solicitarle un historial médico completo y podemos aplicar nuevas restricciones o exclusiones especiales a las nuevas opciones de cobertura extra.

### 10.6

Salvo que su *país de residencia habitual* sean los EE. UU., *usted* puede escoger entre dos opciones (*Todo el mundo excepto los EE. UU.* y *Todo el mundo incluidos los EE. UU.*) para determinar en qué parte del mundo recibirán su cobertura los *beneficiarios*.

#### 10.6.1

La opción de *Todo el mundo excepto los EE. UU.* proporciona cobertura, sujeta a los términos de la *póliza*, para *tratamiento* en cualquier lugar del mundo excepto en los EE. UU. Esta opción no está disponible si su *país de residencia habitual* son los EE. UU.

Los *beneficiarios* tendrán cobertura para *tratamientos de urgencia* en régimen hospitalario o externo, o ambulatorio (si ha adquirido en su *póliza* la opción de cobertura adicional Asistencia Ambulatoria Internacional), en sus viajes temporales de negocios o vacaciones a los EE. UU. En relación con los *tratamientos de urgencias*, si no ha contratado la opción de cobertura adicional Asistencia ambulatoria internacional, su *tratamiento de emergencia* solo estará cubierto en la medida en que conlleve un ingreso *hospitalario*. Esta cobertura estará limitada a un periodo máximo de tres (3) semanas por viaje y un máximo de sesenta (60) días

por *periodo de cobertura* para todos los viajes juntos.

Esta cobertura queda sujeta a las cuantías máximas de prestaciones descritas en su *Guía del cliente*, y se sigue aplicando *cualquier participación en los costes o franquicia* elegidos en su *póliza*.

Para ser elegible o apto para esta *prestación*, el trastorno médico que precise *tratamiento de urgencia* no debe ser previo al viaje y el *beneficiario* no debe haber tenido ningún *tratamiento*, síntoma o asistencia relacionado con dicho trastorno médico antes de iniciar el viaje.

El objetivo del viaje no debe haber sido nunca recibir *tratamiento* médico. El *tratamiento de urgencia* solo es aplicable si *usted* no cuenta con ninguna prestación sanitaria proporcionada por el estado en ese país. Los cargos relacionados con la maternidad, embarazo, alumbramiento o cualquier complicación en el embarazo o el alumbramiento quedan excluidos de esta *prestación*.

También se requerirá una prueba de la fecha de entrada en el país de fuera de su *zona seleccionada de cobertura* antes de que se paguen las *prestaciones* bajo esta cobertura. Esta cobertura finalizará una vez que a raíz del *tratamiento* proporcionado el *beneficiario* resulte se encuentre medicamente estable.

#### 10.6.2

La opción de *Todo el mundo incluidos los EE. UU.* proporciona cobertura, sujeta a los términos de la *póliza*, para *tratamiento* en cualquier lugar del mundo (incluidos los EE. UU.).

---

## 11. Primas y otros cargos

### 11.1

Su *Certificado de seguro* muestra la prima y cualquier otro cargo (como impuestos) que pueda pagarse y establece cuándo y cómo debe pagarse.



## 11.2

Los pagos deben efectuarse en la divisa y la forma detallada en *su Certificado de seguro*.

## 11.3

Podemos aplicar ciertas penalizaciones si un *beneficiario* no solicita una autorización previa para el *tratamiento*, o si recibe *tratamiento* en los EE. UU. en un *hospital, clínica* o de un *médico* que no forme parte de red de *Cigna*. Puede obtener una lista de *hospitales, clínicas* y *médicos* pertenecientes a la red de *Cigna* en su Área del cliente segura en línea.

## 11.4

*Usted* es responsable de pagar la prima y cualquier otro gasto, tal como se detalla en *su Certificado de seguro*, y también es responsable de efectuar estos pagos a tiempo.

## 11.5

Si *usted* no paga la prima y otros cargos cuando debe, se lo notificaremos inmediatamente por correo electrónico y suspenderemos su póliza y, con ello, la cobertura para todos los *beneficiarios*. Si el pago se efectúa, la *póliza* y la cobertura se restablecerán. *No aprobaremos* ningún *tratamiento* mientras la *póliza* esté suspendida. No consideraremos ninguna solicitud mientras un pago esté pendiente hasta que dicha cantidad pendiente se pague.

Si después de treinta (30) días el pago sigue pendiente, *le* escribiremos informándole que la *póliza* está cancelada. La fecha de cancelación será efectiva coincidiendo con la fecha en que se tenía que haber abonado el primer pago pendiente.

Si paga la cantidad pendiente antes de treinta (30) días desde que tenía que abonarse el primer pago pendiente, restableceremos *su* cobertura desde esa fecha de pago.

## 11.6

La prima y/o los demás cargos pueden variar de un año a otro. Le escribiremos antes de la *fecha de renovación anual* para informarle de la prima y/o otros gastos que puedan aplicarse durante el siguiente *periodo de cobertura*.

## 12. Franquicia

### 12.1

Respecto a cada solicitud presentada bajo la opción Seguro Médico Internacional o Asistencia Ambulatoria Internacional (si es aplicable), reduciremos el importe que pagaremos por el coste del *tratamiento* en el importe de cualquier *franquicia* aplicable.

### 12.2

La *franquicia* se aplica por separado a cada *beneficiario*, cada opción de cobertura y cada *periodo de cobertura*.

### 12.3

Puede escoger tener una *franquicia* en la opción de Seguro médico internacional o en la de Asistencia ambulatoria Internacional.

Si lo hace, *su* prima será más baja de lo que sería en caso de no optar por la aplicación de la *franquicia*. Si desea aplicar un *deducible*, así debe comunicárnoslo en *su solicitud*.

### 12.4

No se aplica ninguna *franquicia* a “Prestaciones en efectivo para hospitalización” ni a “Prestaciones de atención para recién nacidos”.

### 12.5

*Usted* será responsable de efectuar el pago del importe de cualquier *franquicia* directamente al *hospital, clínica* o *médico*. Le informaremos sobre la cantidad que ello supone.

### 12.6

Puede solicitar cambios a su *franquicia* con efecto desde su *fecha de renovación anual* cada año. Si desea quitar o reducir su *franquicia*, podremos solicitarle un historial médico y aplicar nuevas restricciones o exclusiones especiales.

## 13. Participación en los costes

### 13.1

Si se selecciona una *participación en los costes* en el plan de Seguro médico internacional, reduciremos el importe que *nosotros* pagamos del coste del *tratamiento* en el porcentaje de *participación en los costes* que *usted* haya elegido.

La *participación en los costes* se corresponde con el porcentaje de los costes del *tratamiento* que *nosotros* no cubrimos; estos costes estarán limitados por el *desembolso máximo* que haya escogido para cualquier periodo de cobertura.

### 13.2

Si se selecciona una *participación en los costes* en la opción de Asistencia ambulatoria internacional, reduciremos el importe que *nosotros* pagamos del coste del *tratamiento* por el porcentaje de *participación en los costes*.

La *participación en los costes* se corresponde con el porcentaje de los costes del *tratamiento* que *nosotros* no cubrimos; estos costes estarán limitados por el *desembolso máximo* que haya escogido para cualquier periodo de cobertura.

### 13.3

Solo los importes que haya pagado relacionados con la *participación en los costes* en el Seguro médico internacional o en el plan de Asistencia ambulatoria internacional están sujetos a la limitación del *desembolso máximo*. Los importes que pague por *franquicia*; por sobrepasar los límites de la cobertura; por *tratamiento* que no esté cubierto por el plan de Seguro médico internacional o por la opción de Asistencia ambulatoria internacional; o por las penalizaciones por no haber obtenido una autorización previa o por la utilización de proveedores fuera de la red en los *EE. UU.* no están sujetos al *desembolso máximo*.

### 13.4

El *desembolso máximo* y la *participación en los costes* se aplican por separado a cada *beneficiario* y a *cada periodo de cobertura*.

### 13.5

Puede escoger entre tener una *participación en los costes* en el plan de Seguro médico internacional o en la opción de Asistencia ambulatoria internacional en cuyo caso, su prima será más baja de lo que sería en caso de no hacerlo. Si desea aplicar un *participación en los costes*, debe comunicárnoslo en su *solicitud*. Además, si escoge tener una *participación en los costes*, también deberá seleccionar el *desembolso máximo* correspondiente.

### 13.6

Si *selecciona la franquicia y la participación en los costes*, el importe que ha de pagar por la *franquicia* se calculará antes del importe que deberá pagar por la *participación en los costes*. Véase la cláusula 12 para más información relacionada con la *franquicia*.

### 13.7

*Usted* será el responsable de efectuar el pago del importe de cualquier *participación en los costes directamente al hospital, clínica o médico*. Le informaremos sobre la cantidad que ello supone.

### 13.8

Puede solicitar un cambio a la *participación en los costes* y un *desembolso máximo*

Con efecto desde su *fecha de renovación anual* cada año. Si desea quitar o reducir su *participación en los costes* o reducir su *desembolso máximo*, podremos solicitarle un historial médico y aplicar nuevas restricciones o exclusiones especiales.

## 14. Fin de la cobertura

### 14.1

Salvo disposiciones legales o reglamentarias en contrario, podremos dar por terminada esta *póliza* si:

#### 14.1.1

alguna prima u otro cargo (incluido cualquier impuesto pertinente) no se paga por completo en los treinta (30) días siguientes a su fecha de vencimiento de este. Si resolvemos terminar la *póliza* por este motivo, se lo comunicaremos por escrito, o

#### 14.1.2

En caso de que se convirtiese en ilegal que *nosotros* proporcionáramos la cobertura disponible al amparo de esta *póliza* o

#### 14.1.3

se identifica a cualquier *beneficiario* en cualquier lista con sanciones financieras o comerciales del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, la Unión Europea, la Oficina de Control de Bienes Extranjeros o equivalente de cualquier otra jurisdicción aplicable. Además, no abonaremos ninguna solicitud relacionada con países sancionados si son ello pudiésemos violar los requisitos del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, la Unión Europea o la Oficina de activos extranjeros del Departamento de Tesorería de los Estados Unidos, o

#### 14.1.4

determinamos, bajo motivos razonables, que, al solicitar la *póliza* o al realizar alguna solicitud de bajo esta, ha proporcionado consciente o imprudentemente, información que sabe o cree que es falsa o inexacta o que no ha facilitado información que le hemos solicitado, o

#### 14.1.5

ya no comercializamos esta *póliza* o una alternativa adecuada en su zona geográfica.

### 14.2

Si desea suspender esta *póliza* y finalizar la cobertura para todos sus *beneficiarios*, puede hacerlo en cualquier momento por escrito con una antelación previa de siete (7) días.

### 14.3

Sin embargo, si *su* *póliza* ha sido suspendida de acuerdo con la cláusula 14.1.4, puede que no le reembolsemos alguna prima que haya pagado o que no se realice el pago de alguna solicitud de reembolso que haya hecho bajo *su* *póliza*.

En caso de terminación anticipada de la *póliza*, si *usted* ha realizado solicitudes de reembolso o se han proporcionado *garantías de pago* o aprobado autorizaciones previas, usted será responsable de cualquier prima pendiente hasta la fecha de finalización prevista de la *póliza* que no haya sido pagada.

### 14.4

Aun cuando el *tratamiento* haya sido autorizado, *Cigna* no será responsable de los costes del tratamiento si *la* *póliza* finaliza o un *beneficiario* deja la *póliza* antes de que el *tratamiento* haya tenido lugar.

### 14.5

Siempre que sea posible, le escribiremos como mínimo un (1) mes antes de la *fecha de finalización* para notificarle por escrito que la *póliza* no se renovará con efectos a partir de la *fecha de finalización*.

---

## 15. Su obligación de diligencia razonable

Debe hacerse responsable de manera responsable de responder todas las preguntas que le realicemos de forma sincera, precisa y completa. Si no lo hace, o si deliberadamente o imprudentemente nos proporciona información que crea que es falsa o inexacta, podemos cancelar *su* *póliza*, reducir el valor de cualquier pago por solicitud de reembolso que se deba o rechazar pagar una o varias solicitudes juntas.

## 16. Fraude

Cualquier *beneficiario* que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona: 1) presente una solicitud de reembolso o un escrito de demanda o reclamación que contenga información materialmente falsa, o que, (2) con fines engañosos, oculte información que le haya sido solicitada, incurrirá en un delito de fraude al seguro.

---

## 17. Expatriados y nacionales

### 17.1

Esta *póliza* no cubre costes de un *tratamiento* en el país del que el *beneficiario* del *tratamiento* sea un nacional, excepto en los casos en los que el *beneficiario* esté de visita en ese país, que tales visitas realizadas durante el *periodo de cobertura*, duren en *total menos* de noventa (90) días y que el país esté en la *zona seleccionada de cobertura*.

### 17.2

Si cualquier *beneficiario* no es o deja de ser un expatriado (tanto si es como resultado de un cambio de nacionalidad como por cambio de residencia habitual), entonces *usted* puede:

#### 17.2.1

mantener la *póliza* en vigor. La cobertura no se verá afectada para ningún *beneficiario* que sea un *expatriado* ni para cualquier *beneficiario* que no sea un *expatriado* pero que reciba *tratamiento* fuera de su *país de nacionalidad*; o

#### 17.2.2

finalizar la *póliza*, según la cláusula 14.2, en cuyo caso se aplicarán las cláusulas 14.3 y 14.4.

### 17.3

En algunos casos podremos terminar la cobertura si un cambio del *país de residencia habitual* determinara la ilegalidad del ofrecimiento de cobertura o si conllevara un incumplimiento de la normativa reguladora de la cobertura médica a los nacionales locales, residentes o ciudadanos.

## 17.4

Nos reservamos el derecho de pedirle más información sobre un cambio de *su país de residencia habitual*. Cambiar de *país de residencia habitual* puede conllevar un incremento en *su prima* o en los impuestos a pagar, lo que significa que *usted* tendría que abonar un pago adicional de prima o que *sus pagos mensuales* o trimestrales podrían aumentar. Si la prima aumenta, le otorgaremos el derecho de cancelar, de acuerdo con la cláusula 14.2, en cuyo caso se aplicarán las cláusulas 14.3 y 14.4.

## 18. Cambio de dirección y de nacionalidad

### 18.1

Le mandaremos cualquier comunicado y notificación relacionada con esta *póliza* a la dirección postal o correo electrónico que nos haya proporcionado. Si ha escogido recibir los *documentos de su póliza* de forma electrónica, se los mandaremos a *su Área del cliente segura online*.

### 18.2

Si algún *beneficiario* cambia de dirección, *país de residencia habitual* o *país de nacionalidad* nos lo debe comunicar. Le mandaremos entonces un *Certificado de seguro* actualizado mediante la vía que haya escogido (la dirección postal que nos haya proporcionado o *su Área del cliente segura online*).

---

## 19. Ponerse en contacto con usted

Si necesitamos ponernos en contacto con *usted* en relación con esta *póliza* o si necesitamos informarle sobre la modificación o finalización de esta *póliza*, le escribiremos a la dirección postal o correo electrónico que nos haya proporcionado.

## 20. Ponerse en contacto con nosotros

### 20.1

En algunas circunstancias explicadas en estas normas, *usted* puede necesitar ponerse en contacto con *nosotros* por escrito. En tal caso, debe escribirnos a la siguiente dirección:

Cigna Global Health Options  
Equipo de atención al cliente  
1 Knowe Road Greenock Escocia  
PA15 4RJ

o mandarnos un correo electrónico a:  
**cignaglobal\_customer.care@cigna.com**

En otros casos nos puede llamar al Equipo de atención al cliente 24 horas al día, 7 días a la semana al: +44 (0) 1475 788 182 o en EE. UU.: 800 835 7677.

---

## 21. Cambios en esta póliza

### 21.1

Ninguna persona que no tenga un cargo ejecutivo en *Cigna* a tal efecto tiene autoridad para cambiar esta *póliza* ni para renunciar a ninguna de sus condiciones en *nuestro* nombre; por ejemplo, ni los vendedores, ni los corredores, ni otros intermediarios pueden variar o extender los términos de la *póliza*.

### 21.2

Nos reservamos el derecho a cambiar esta *póliza* para cumplir con cualquier cambio de leyes y regulaciones relevantes. Si esto ocurre, le escribiremos y le informaremos del cambio.

### 21.3

También nos reservamos el derecho a realizar cambios sobre los términos de la cobertura

En el momento de la renovación. Le comunicaremos dichos cambios con una antelación de, al menos, (1) mes de calendario de dichos cambios y los cambios serán efectivos desde la *fecha de la renovación anual*.

### 21.4

Si se han aplicado exclusión(es) específica(s) a cualquier *beneficiario*, existirán ocasiones

en las que podamos revisarlas en una *fecha de renovación anual* futura, con el fin de considerar si estamos dispuestos a retirar la exclusión. En tal caso, le mostraremos la fecha de revisión de las exclusiones en el *Certificado de seguro*. En dicha fecha revisaremos también la prima adicional (si la hubiera) que hemos aplicado para cubrir una enfermedad.

Debe ponerse en contacto con nosotros después de recibir la notificación de renovación, y al menos catorce (14) días antes de la *fecha de renovación anual* si hay una exclusión que deba revisarse en dicha fecha.

Le informaremos sobre cualquier cambio (de haberlo) que hayamos hecho y, cuando sea apropiado, emitiremos un *Certificado de seguro* modificado. Las modificaciones serán efectivas desde la *fecha de renovación anual* pertinente.

No garantizamos la retirada de ninguna exclusión especial o prima adicional en el momento de la renovación.

---

## 22. ¿Quién puede hacer cumplir esta póliza?

Solo *nosotros* y *usted* tenemos derechos legales en relación con este *seguro*. Eso significa que solo *nosotros* y *usted* tenemos facultad de hacer cumplir este acuerdo (aunque permitamos que cualquiera bajo la cobertura de esta *póliza* utilice nuestro procedimiento de reclamaciones).

---

## 23. Nuestro derecho de recuperación de terceras partes.

Si un *beneficiario* necesita *tratamiento* a consecuencia de un accidente o de un acto deliberado del cual es responsable un tercero *nosotros* (o cualquier persona o empresa que designemos) tendremos derecho de subrogación total lo que significa que haremos nuestros los derechos del *beneficiario* para recuperar del tercero responsable (o su compañía de seguros) el

coste del *tratamiento* que nosotros hayamos pagado.. Si le solicitamos al *beneficiario* que sea él el que lo haga, él o ella deberá seguir todos los pasos para incluir el importe de la prestación objeto de cobertura al amparo de esta póliza en cualquier reclamación contra el tercero responsable (o su compañía de seguros).

El *beneficiario* deberá firmar y entregar todos los documentos o papeles y realizar todo aquello que se le requiera para asegurar *nuestros* derechos.

El *beneficiario* no deberá realizar acción alguna que pudiera dañar o afectar en modo alguno a dichos derechos. *Nosotros* podremos asumir y defender o transar o iniciar cualquier reclamación en nombre de un *beneficiario* y en *nuestro* propio beneficio. Decidiremos cómo llevar a cabo cualquier procedimiento y acuerdo.

---

## 24.Otros seguros

Si otro asegurador también proporciona cobertura, negociaremos con él quién paga y qué proporción de cualquier solicitud de reembolso.

---

## 25. Protección de datos

### 25.1

Con fines de administrar esta póliza y proporcionar la cobertura, *Cigna* necesita recoger y procesar datos personales y confidenciales sobre *usted* que incluyen toda su información de identificación por ejemplo, *su* nombre, dirección, fecha de nacimiento, números de teléfono e información confidencial así como detalles de información médica pertenecientes a su persona.

Usted presta su consentimiento para que *Cigna* recoja y procese todos los datos personales e información confidencial pertenecientes a su persona en la medida en que sea razonablemente necesario para estos fines.

### 25.2

Las llamadas de y a *Cigna* pueden ser grabadas por control de calidad.

Bajo la Directiva de protección de datos de la UE (Directiva 95/46/CE) y la Ley de protección de datos de 1998, *actuaremos* como controladores de los datos personales y confidenciales que tenemos sobre *usted*.

*Nosotros* procesaremos estos datos para la cumplir con *nuestras* obligaciones, y es posible que necesitemos compartirlos con terceras partes (como, por ejemplo, proveedores o suministradores de seguro médico, que *nos* ayudan en la labor de llevar a cabo nuestras obligaciones para con *usted*). Para poder

llevar a cabo *nuestras* obligaciones según esta *póliza*, será preciso que transfiramos *sus* datos fuera de Suiza. Tomaremos las medidas necesarias para garantizar que *sus* datos están seguros y protegidos.

Si desea una copia de la información que poseemos sobre *su persona*, escríbanos mencionando *su* número de *póliza*. Tenga en cuenta que podrá cargársele una tarifa razonable para proporcionarle esta información.

### 25.3

Para ayudarnos a detectar y evitar el fraude, podemos necesitar compartir información con otros aseguradores u organizaciones. Si necesitamos compartir información por este motivo, solo compartiremos información que sea necesaria para permitir la prevención o detección de fraude o intento de fraude, y no compartiremos información sobre ningún *beneficiario* que no sea necesario para estos fines.

---

## 26. Idioma

Ha solicitado que todos los *documentos de la póliza* y todos los comunicados en relación con esta *póliza* sean en l'Espanyol. Todos estos documentos y comunicados se le ofrecerán solo en l'Espanyol.

## 27. Información sobre normativas

Cigna está supervisada en Bélgica por el Banco Nacional de Bélgica (La Banque Nationale de Belgique/De Nationale Bank van België), y por la Autoridad de Servicios y Mercados Financieros (L'Autorité des services et marchés financiers/ De Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten) en materia de integridad de los mercados financieros y el tratamiento justo de los consumidores financieros. También está sujeta a supervisión limitada por la Autoridad Suiza de Supervisión de Mercados Financieros ("FINMA", [www.finma.ch](http://www.finma.ch)) para el desarrollo de la actividad aseguradora en Suiza.

---

## 28. Quejas

### 28.1

Nos debe hacer llegar cualquier queja en primera instancia a:

Cigna Global Health Options  
Equipo de atención al cliente  
1 Knowe Road Greenock Escocia  
PA15 4RJ

### 28.2

Si *su* queja no ha sido resuelta a su satisfacción, quizá desee solicitar asesoramiento legal en relación con cualquier derecho o medio de impugnación de los que pueda disponer.

---

## 29. Ley y jurisdicción aplicables

### 29.1

Esta *póliza* se registrará e interpretará de acuerdo con las leyes de Suiza.

### 29.2

Cualquier discrepancia acerca de la presente *póliza*, incluyendo discrepancias sobre su validez, formación y finalización, será dirimida en los Tribunales de Suiza.

# SECCIÓN 2: EXCLUSIONES GENERALES



Estas son *sus* Exclusiones generales. Consulte también la *lista de prestaciones* de la *Guía del cliente*, incluida la sección de notas para cualquier otra restricción o exclusión que pueda aplicarse, además de las Exclusiones generales. Consulte *su Certificado de seguro* respecto a cualquier exclusión especial que pueda resultar aplicarse.

## 1.

La cobertura bajo esta póliza está sujeta a las exclusiones generales siguientes:

### 1.1

No ofreceremos cobertura ni pagaremos solicitudes de reembolso cuando sea ilegal hacerlo según las leyes aplicables.

Los ejemplos incluyen pero se limitan a control de cambio, regulaciones locales de licencias o embargo comercial.

### 1.2

No *le* ofreceremos cobertura ni pagaremos solicitudes de reembolso cuando de hacerlo violemos las restricciones comerciales aplicables, como las restricciones impuestas por la Oficina de asuntos exteriores del Departamento de tesorería de los Estados Unidos, la Comisión de la Unión Europea o los Comités de Sanciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

### 1.3

No pagaremos una solicitud de reembolso de cuando dispongamos de motivos razonables para suponer que se ha realizado de forma fraudulenta.

### 1.4

No nos hacemos responsables de ninguna pérdida, daño, enfermedad y/o *lesión* surgida como resultado de recibir un *tratamiento médico* en un *hospital* o por un médico, incluso cuando *nosotros* hayamos autorizado el *tratamiento* como cubierto.

### 1.5

Si un *beneficiario* no tiene cobertura bajo las opciones de Asistencia ambulatoria internacional, la Evacuación médica internacional, Asistencia internacional de salud y bienestar o Visión y odontología internacional, no pagaremos ninguno de los *tratamientos* u otras *prestaciones* que estén disponibles bajo estas opciones.

### 1.6

Las siguientes exclusiones se aplican al plan de Seguro médico internacional y a todas las opciones de cobertura extra.

Cuando en el caso de las exclusiones que quedan establecidas a continuación, hayamos afirmado que pagaremos el *tratamiento* en determinadas circunstancias, esta afirmación quedará sujeto a que el *beneficiario* tenga cobertura bajo la opción u opciones de cobertura apropiadas.

### 1.7

No pagaremos:

#### 1.7.1

*Tratamiento* de soporte vital (como ventilación mecánica) a menos que exista una expectativa razonable de que dicho *tratamiento* conlleve la recuperación del *beneficiario*, o en el restablecimiento del *beneficiario* a su estado de salud previo.

#### 1.7.2

*Tratamiento* para:

a) una *afección preexistente* o

b) cualquier afección o síntoma que derive de una *afección preexistente* o esté relacionado con ella.

No pagaremos el *tratamiento* de una afección preexistente de la que *el tomador del seguro* fuera consciente (o razonablemente debiera haberlo sido) en la fecha de inicio de la



cobertura, y respecto a la cual no hayamos acordado expresamente ofrecer cobertura.

### 1.7.3

El *tratamiento* de una condición que haya sido objeto de una exclusión especial. Las exclusiones especiales quedan establecidas en su *Certificado de seguro*.

### 1.7.4

Ingresos o estancias no-médicas en el *hospital* que incluyen:

- > *tratamiento* como *paciente externo* o en *régimen ambulatorio*.
- > convalecencia,
- > ingresos y estancias por motivos sociales o domésticos, p. ej., cambiarse de ropa, vestirse y ducharse.

### 1.7.5

Costes del alojamiento *hospitalario* para una habitación deluxe, ejecutiva o VIP.

### 1.7.6

Donación de Órganos:

- a) órganos mecánicos o animales, excepto en los casos en que un aparato mecánico se utilice temporalmente para mantener una función corporal mientras se espera para un trasplante
- b) compra de un órgano de donante de cualquier procedencia o
- c) recogida o almacenamiento de células madre, en el caso en el que sea una medida preventiva contra una posible enfermedad futura.

### 1.7.7

*Cirugía fetal*, es decir, *tratamiento* o *cirugía* practicada en el vientre antes del nacimiento, a menos que esta haya sido causada por complicaciones que aparezcan durante la gestación y quedarán sujetas a los límites detallados en la sección "Maternidad complicada" de su *póliza*, en los casos en que esta cobertura se aplicable.

### 1.7.8

Cuidado de los pies por un podólogo.

### 1.7.9

Desórdenes del sueño, a menos que haya indicadores de que el *beneficiario* esté sufriendo de apneas del sueño graves. En estos casos, solo pagaremos

- > un estudio del sueño,
- > el alquiler de equipamiento, como una máquina de la presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés) (solo si el *beneficiario* tiene cobertura bajo la opción de Asistencia ambulatoria internacional).

Si es médicamente apropiado desde el punto de vista médico, cubriremos la *cirugía*.

### 1.7.10

*Tratamiento* que sea suministrado por:

- a) un *médico* que, según las autoridades pertinentes en el país en que se recibe el *tratamiento*, no tenga conocimiento especializado ni experiencia en el *tratamiento* de la enfermedad, o *lesión* que se esté tratando,
- b) un *médico, terapeuta, hospital, clínica* o instalación a quién hayamos dado un aviso por escrito de que ya no lo reconocemos como proveedor del *tratamiento*. Se pueden obtener los detalles de las personas, instituciones y organizaciones a quienes hayamos presentado dicho aviso llamando a *nuestro* equipo de Atención al cliente, o
- c) un *médico, terapeuta, hospital, clínica* o instalación que, según *nuestro* razonable parecer, no esté debidamente cualificado o autorizado para suministrar *tratamiento*, o no sea competente para suministrar *tratamiento*.

### 1.7.11

*Tratamiento* que sea suministrado por cualquiera que viva en la misma dirección que el *beneficiario* o que sea un miembro de la familia del *beneficiario*.

### 1.7.12

*Tratamiento* para dejar de fumar o que tenga relación con ello.

### 1.7.13

*Tratamiento* que sea necesario como resultado de un conflicto o desastre, incluyendo:

- a) contaminación nuclear o química
- b) guerra, invasión, actos de terrorismo, rebelión (tanto si hay una guerra declarada como si no), guerra civil, disturbios, golpe militar u otras usurpaciones de poder, ley marcial, motín o el acto de cualquier autoridad constituida de forma ilegal
- c) cualquier otra situación de conflicto o desastre

en los casos en los que el *beneficiario* haya

- > puesto a sí mismo en peligro al entrar en una zona de conflicto reconocida (según el Gobierno en *su país de nacionalidad*, por ejemplo, el Ministerio de Asuntos Exteriores y de la Commonwealth británico)
- > participado de forma activa en el conflicto o
- > haya hecho caso omiso de su propia seguridad.

### 1.7.14

*Un tratamiento* que surja de, o esté de alguna forma conectado con el suicido intencionado, o cualquier lesión o enfermedad que el beneficiario infrinja a sí mismo.

### 1.7.15

*Tratamiento* para o en conexión con la terapia del habla que no sea de naturaleza reparadora o si esa terapia es:

- a) utilizada para mejorar las habilidades del habla que no estén del todo desarrolladas
- b) se pueda considerar educacional o
- c) esté destinada a mantener la comunicación oral.

### 1.7.16

Problemas de desarrollo entre los que se incluyen:

- a) dificultades de aprendizaje como la dislexia,

b) autismo o trastorno de déficit de atención (TDA),

c) problemas de desarrollo físico como baja estatura.

### 1.7.17

Trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).

### 1.7.18

*Tratamiento* para la obesidad, o que sea necesario debido a la obesidad. Eso incluye pero no está limitado a clases, ayudas y fármacos para adelgazar.

Solo pagaremos por bandas gástricas o *cirugías* de bypass gástrico si un *beneficiario*:

- > tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o superior y se le ha diagnosticado obesidad mórbida,
- > puede proporcionar pruebas documentadas de otros métodos de pérdida de peso que haya estado intentando durante los últimos 24 meses,
- > haya pasado por una evaluación psicológica que haya confirmado que es apropiado para someterse al procedimiento.

### 1.7.19

*Tratamiento* en *clínicas* de cuidados naturales, spas de salud, residencias de ancianos u otras instalaciones que no sean *hospitales* o proveedores reconocidos de *tratamiento* médico.

### 1.7.20

Cargos por estancias residenciales en el *hospital* debidas total o parcialmente por razones domésticas o en las que un *tratamiento* no sea necesario o cuando el *hospital* se haya convertido de forma efectiva en el lugar de domicilio o residencia permanente.

### 1.7.21

*Tratamiento* para trastornos o afecciones derivados de enfermedades y trastornos adictivos..

### 1.7.22

*Tratamiento* para trastornos o afecciones que resulten del uso o abuso de cualquier tipo de sustancia o alcohol.

### 1.7.23

*Tratamiento* necesario debido a o relacionado con el control de la natalidad de un hombre o una mujer, incluyendo:

a) contracepción quirúrgica, concretamente:

- > vasectomía, esterilización o implantes;

a) contracepción no quirúrgica, concretamente:

- > píldoras o preservativos;

c) planificación familiar, concretamente:

- > citarse con un *médico* para tratar el embarazo o la contracepción.

### 1.7.24

*Tratamiento* relacionado con la infertilidad (que no sea investigación con objeto de diagnóstico), *tratamiento de fertilidad* de cualquier tipo o *tratamiento* de complicaciones que aparezcan como resultado de dicho *tratamiento*. Esto incluye pero no está limitado a:

- a) fecundación in vitro (FIV),
- b) transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés),
- c) transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés),
- d) inseminación artificial (AI, por sus siglas en inglés),
- e) *tratamiento* prescrito con fármacos,
- f) transporte de embriones (de una ubicación física a otra) o
- g) donación de óvulos y/o de semen y costes relacionados.

Le pagaremos las investigaciones de la causa de infertilidad si:

- a) el *especialista* desea descartar cualquier causa médica,

b) el *beneficiario* ha estado cubierto bajo esta *póliza* durante dos (2) años antes de que hayan empezado las investigaciones, y

c) el *beneficiario* no era consiente de la existencia de ningún problema de infertilidad, y no había padecido ningún síntoma, cuando empezó la cobertura bajo esta *póliza*.

### 1.7.25

*Tratamiento* para la interrupción voluntaria del embarazo, a no ser que el embarazo ponga en peligro la vida o la estabilidad mental de la *beneficiaria*.

### 1.7.26

*Tratamiento* relacionado directamente con la gestación por sustitución. No pagaremos *prestaciones de maternidad*:

a) a un *beneficiario* que actúe como sustituto;

b) a cualquier otra persona que actúe como sustituto para un *beneficiario*.

### 1.7.27

“Prestaciones de atención para recién nacidos” para bebés nacidos como resultado de un *tratamiento* de fertilidad, como el FIV, o bebés nacidos de la gestación por sustitución por sustitución, o que hayan sido adoptados. Estos niños solo podrán incorporarse a la cobertura cuando alcancen noventa (90) días de vidas y se les someterá a evaluación médica.

### 1.7.28

Cuidados de enfermería para un recién nacido en el *hospital*, a no ser que la madre tenga que permanecer en el *hospital* por *necesidad médica* por un *tratamiento* que está cubierto por esta *póliza*.

### 1.7.29

*Tratamiento* superior a noventa (90) días continuados para un *beneficiario* que haya sufrido un daño neurológico permanente y/o que se encuentre en un *estado vegetativo persistente* (PVS, por sus siglas en inglés).

### 1.7.30

*Tratamiento* para trastornos de personalidad y/o carácter, incluidos pero no limitados a:

- a) trastorno de personalidad afectiva,
- b) trastorno de personalidad esquizoide o
- c) trastorno de personalidad histriónica.

#### **1.7.31**

*Tratamiento* preventivo, incluidos pruebas de salud, exámenes de salud rutinarios y vacunas (a menos que ese *tratamiento* esté disponible bajo una de las opciones por las que el *beneficiario* tenga cobertura).

Pagaremos *cirugía* preventiva cuando un *beneficiario*:

- a) tenga antecedentes familiares significativos de una enfermedad que sea parte de un síndrome hereditario de *cáncer* (como *cáncer* de ovarios), y
- b) se haya sometido a pruebas genéticas que hayan establecido la presencia de un síndrome hereditario de *cáncer*. (Tenga en cuenta que no pagaremos por pruebas genéticas.)

Bajo el plan de Seguro médico internacional, se aplicarán los límites de la cobertura por *cirugía* preventiva en relación con condiciones hereditarias congénitas, a salvo el *cáncer*.

#### **1.7.32**

*Tratamiento* por trastorno de disfunción sexual (como impotencia) u otros problemas sexuales sin importar la causa subyacente.

#### **1.7.33**

*Tratamiento* en los EE. UU., a no ser que el *beneficiario* haya contratado la cobertura de *Todo el mundo incluidos los EE. UU.* bajo esta *póliza*, o que el *tratamiento* pueda estar cubierto por las condiciones de cobertura de urgencia fuera de la *zona seleccionada de cobertura*.

#### **1.7.34**

*Tratamiento* en los EE. UU. (en el caso en que se haya contratado la cobertura de *Todo el mundo incluidos los EE. UU.*) si descubrimos o tenemos sospechas fundamentadas de que la cobertura se contrató y que el *beneficiario* viajó a los EE. UU. para recibir *tratamiento*.

#### **1.7.35**

*Tratamiento* que pretende cambiar la refracción de uno o ambos ojos, incluidos pero no limitados a el *tratamiento* láser, la queratoplastia refractiva y la queratectomía fotorrefractiva.

Pagaremos por un *tratamiento* que corrija o restaure la visión si es necesario una consecuencia de una enfermedad, dolencia o *lesión* (como cataratas o desprendimiento de retina).

#### **1.7.36**

Cualquier *tratamiento* fuera de su *zona seleccionada de cobertura*, a menos que el *tratamiento* tenga cobertura bajo las condiciones de cobertura de Urgencia fuera de la zona.

#### **1.7.37**

Costes de viaje para un *tratamiento* incluido cualquier gasto como taxis o autobuses, a no ser que se especifique lo contrario, y gastos como combustible o gastos de estacionamiento.

#### **1.7.38**

Cualquier coste derivado de servicios de emergencia internacionales que no hayan sido autorizados de antemano por el *servicio de asistencia médica*, en los casos en que proceda.

#### **1.7.39**

Gastos de *servicios internacionales* por evacuación de emergencia, repatriación médica y costes de transporte para terceros cuando el *tratamiento* necesario no está cubierto bajo esta *póliza*.

#### **1.7.40**

Cualquier gasto por evacuación entre una embarcación y tierra firme.

#### **1.7.41**

*Cirugía* de reasignación de género, incluyendo intervenciones voluntarias y todo asesoramiento médico o psicológico para prepararse o posterior a dicha *cirugía*.

#### 1.7.42

*Tratamiento* que sea necesario debido a, o relacionado de cualquier manera con, una *lesión* o *enfermedad* sufrida por el *beneficiario* como resultado de:

- a) participar en una actividad deportiva como profesional,
- b) submarinismo a solas,
- c) submarinismo a una profundidad mayor de treinta (30) metros, a no ser que el *beneficiario* esté debidamente cualificado (con titulación PADI o equivalente) para bucear a dicha profundidad.

#### 1.7.43

*Tratamiento* que (en *nuestra* opinión razonable) sea experimental, no sea *ortodoxo* o del que no se haya probado la eficacia. Esto incluye:

- a) *tratamiento* que se suministra como parte de un ensayo médico,
- b) *tratamiento* que no ha sido aprobado por las autoridades sanitarias públicas pertinentes en el país en el que se recibe, o
- c) cualquier fármaco o medicina que se prescriba con unos fines para los cuales no haya obtenido licencia o autorización o no haya sido aprobado en el país en el que se prescribe.

#### 1.7.44

Cualquier forma de *tratamiento* plástico, *cosmético* o reconstructivo cuyo objetivo sea modificar o mejorar la apariencia, incluso por razones psicológicas, a menos que el *tratamiento* sea *médicamente necesario* y sea resultado directo de una enfermedad o una *lesión* sufrida por el *beneficiario*, o como consecuencia de la *cirugía*. Esto incluye pero no está limitado a:

- a) lifting facial (ritidectomía),
- b) remodelación de nariz (rinoplastia),
- c) liposucción y otros procedimientos que eliminen el tejido graso,

d) trasplantes capilares y

e) *cirugía* para modificar la forma, realzar o reducir los senos (que no sea la reconstrucción de seno tras *tratamiento* para *cáncer*).

Solo pagaremos un *tratamiento* plástico, *cosmético* o reconstructivo si la enfermedad, *lesión* o *cirugía* a consecuencia de la cual el *tratamiento* es requerido tuvo lugar durante el *periodo de cobertura continuada* actual del *beneficiario* y está cubierto bajo la *póliza*.

#### 1.7.45

Aparatos, incluidos pero no limitado a audífonos y gafas (a menos que la opción de Visión y odontología internacional esté seleccionada), los cuales no se encuentren en *nuestra* definición de *Dispositivos protésicos internos y/o aparatos quirúrgicos y* .

#### 1.7.46

Costes incidentales, entre ellos periódicos, tarifas de taxi, llamadas telefónicas, comidas de huéspedes y alojamiento en hoteles.

#### 1.7.47

Costes o tarifas por rellenar un formulario de solicitud de reembolso u otros cargos administrativos.

#### 1.7.48

Costes que hayan sido o puedan ser pagados por otra compañía de seguros, persona, organización o programa público. Si un *beneficiario* está cubierto por otro seguro, es posible que solo paguemos una parte del coste del *tratamiento*. Si otra persona, organización o programa público es responsable de pagar los costes del *tratamiento*, podemos reclamar los costes que hayamos pagado.

#### 1.7.49

*Tratamiento* que esté de cualquier forma provocado por, o sea necesario a consecuencia de un acto ilegal del *beneficiario*.

# SECCIÓN 3: DEFINICIONES



Las palabras y frases establecidas a continuación tienen los significados descritos. Dichas palabras y frases con estos significados, aparecerán en cursiva en estas *Normas de la póliza* y en la *Guía del cliente*, incluida la *lista de las prestaciones*.

A menos que se especifique lo contrario, el singular incluye el plural y el masculino incluye el femenino y viceversa.

## A

**“Acontecimiento en su vida habilitante”** significa:

- > matrimonio o unión civil,
- > empezar la convivencia con una pareja,
- > divorcio o separación,
- > nacimiento de un niño,
- > adopción legal de un niño, o
- > fallecimiento de un *cónyuge*, pareja o niño.

Podremos requerirle pruebas de los acontecimientos mencionados más arriba.

**“Agudo”**: una enfermedad, *padecimiento* o *lesión* que es probable que responda de forma rápida a un *tratamiento* que tiene como objetivo devolver al *beneficiario* al estado de salud que tenía inmediatamente antes de padecer la enfermedad, *padecimiento* o *lesión*, o que pueda conducir a su completa recuperación.

**“Aseguramiento”**: la cobertura que le proporcionamos a los *beneficiarios* y que está sujeta a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidas en estas *Normas de*

*la póliza*, la *Guía del cliente* y su *Certificado de seguro*.

**“Atención domiciliaria”**: visitas de una *enfermera cualificada* a casa del *beneficiario* para prestarle servicios expertos de enfermería hasta un total de 30 días:

- > inmediatamente después del *tratamiento hospitalario* en la medida en que sea requerido por *necesidad médica*, y
- > visitas para un *tratamiento* que normalmente sería proporcionado por un *hospital*.

La *atención domiciliaria* solo se cubre cuando el *especialista* que haya tratado al *beneficiario* haya recomendado dichos servicios.

## B

**“Beneficiarios”, “beneficiario”**:

cualquier persona identificado en su *Certificado de seguro* como cubierto bajo esta *póliza*, incluidos recién nacidos.

## C

**“Cáncer”**: tumores, tejidos o células malignos que se caracterizan por un crecimiento incontrolado y propagación de células malignas y la invasión del tejido.

**“Certificado de seguro”**: el certificado emitido al *tomador del seguro*. Este documento muestra el número de la *póliza*, la *fecha de entrada en vigor*, el importe de la *franquicia* (si se selecciona), el importe de *participación en los costes* (si se selecciona),

el *desembolso máximo* (si resulta aplicable), los detalles de quién está cubierto y cualquier exclusión o exclusiones especiales que se hayan retirado con una prima adicional y las *prestaciones* que se aplican.

**“Cigna”, “nosotros” “nos”**

**“nuestro/a”, “el asegurador”**: ver la sección “Información importante” en la página 3 de estas *Normas de la póliza* para ver más detalles de *Cigna*, *el asegurador* de su *póliza*.

**“Cirugía”**: la rama de la medicina que trata enfermedades, lesiones y deformidades mediante métodos quirúrgicos que implican una incisión en el cuerpo.

**“Clínica(s)”**: un centro de atención médica que esté registrado o que dispone de las licencias y autorizaciones pertinentes en el país en el que está ubicada, principalmente para proporcionar cuidados a los *pacientes ambulatorios* y donde los cuidados o supervisión se llevan a cabo por un *médico*.

**“Condición congénita”**: cualquier anomalía, deformidad, enfermedad, padecimiento o *lesión* presente desde el nacimiento, tanto si ha sido diagnosticada como si no.

**“Condición preexistente”**: cualquier enfermedad, padecimiento o *lesión*, o los síntomas relacionados con dicha enfermedad, padecimiento o *lesión* cuando:

- > se ha buscado o recibido asesoramiento médico o *tratamiento*; o
- > el *beneficiario* los conocía y no buscó consejo ni *tratamiento* médico;

antes de la *fecha inicial de entrada en vigor*.

**“Cónyuge”**: el marido o mujer legal de un *beneficiario*, o su pareja de hecho, cuya cobertura bajo esta *póliza* hayamos aceptado.

**“Corto plazo”**: significa un periodo de tiempo coherente con el tiempo de recuperación requerido para el *tratamiento* y en los términos prescritos por el *médico* que

esté al cargo con la aprobación de *nuestro* director médico.

**“Cosmética”**: servicios, procedimientos o productos suministrados principalmente para fines estéticos y que no son necesarios para mantener un estándar aceptable de salud.

**“Cuidado intensivo”**: un departamento especializado en un *hospital* que proporciona un *tratamiento* de cuidados intensivos o, por ejemplo, una unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados críticos o unidad de *tratamiento* intensivo.

**“Cuidados paliativos”**: *tratamiento* que no cura o mejora significativamente un trastorno médico pero que se suministra para aliviar los síntomas.

## D

**“Dentista”**: un dentista, cirujano dental u odontólogo que esté titulado y autorizado como tal bajo las leyes del país, estado u o área en la que se suministra el *tratamiento*.

**“Desembolso máximo”**: es el importe máximo de *participación en los costes* bajo el plan de Seguro médico internacional o la opción de Asistencia ambulatoria internacional que cualquier *beneficiario* debe pagar por *periodo de cobertura*. Si se selecciona, se mostrará en el *Certificado de seguro*. Se aplica únicamente a importes pagados por *la participación en los costes* en el plan de Seguro médico internacional o la opción de Asistencia ambulatorio internacional.

Cualquier importe pagado por una *franquicia*; por sobrepasar los límites de la cobertura; por *tratamiento* que no esté cubierto por *su* plan; o por penalizaciones por no haber obtenido una autorización previa o por la utilización de proveedores fuera de la red en los *EE. UU.*, no están sujetos al desembolso máximo.

**“Desintoxicación”:** *tratamiento* para la retirada de los síntomas tras el abuso del *beneficiario* de drogas, alcohol o ambos. Incluye la estancia, medicación, fluidos y cambios en la dieta necesarios para estabilizar el cuerpo.

**“Diente natural sano”:** un diente que funciona con normalidad para masticar y hablar, y que no es un implante dental. Estos dientes naturales no deben haber experimentado:

- > caries o relleno,
- > enfermedad periodontal asociada a pérdida ósea,
- > *endodoncia*.

**“Dispositivos protésicos internos / aparatos quirúrgicos y médicos”** puede significar:

- > una cadera artificial, prótesis o dispositivo necesario para el fin de o en relación con la *cirugía*; o
- > un aparato o dispositivo protésico que sea una parte necesaria del *tratamiento* que  *siga de forma inmediata a una intervención quirúrgica* durante el tiempo que sea  *médicamente necesario*; o
- > un aparato o dispositivo protésico que sea  *médicamente necesario* y forme parte del proceso de recuperación a  *corto plazo*.

**“Documentos de la póliza”:** la documentación relacionada con la *póliza*, que comprende estas *Normas de la póliza*, la *Guía del cliente*, su *Certificado de seguro*, el formulario de solicitud de reembolso de *Cigna* y su tarjeta de identificación de *Cigna*.

## E

**“EE. UU.”:** los Estados Unidos de América.

**“Enfermera cualificada o enfermera”:** una enfermera que está titulada y autorizada como tal bajo las leyes del país, estado u área en la que el *tratamiento* se suministra.

**“Equipo médico”:** significa *nuestro* equipo clínico y/o el *servicio de asistencia médica*.

**“Especialista”:** un *médico* que está titulado, reconocido y autorizado como tal bajo las leyes del país, estado o área en la que el *tratamiento* se suministra y solo para el *tratamiento* recomendado.

**“Estado vegetativo persistente”:** un *beneficiario* que está en un estado vegetativo durante al menos noventa (90) días consecutivos. Un estado vegetativo persistente significa una condición provocada por una *lesión*, enfermedad o padecimiento en el cual el *beneficiario* ha sufrido una pérdida de conciencia, sin evidencia de comportamiento consciente sobre sí mismo o su entorno, aparte de actividades reflejas de músculos y nervios a un bajo nivel de respuesta condicionada, y del que con una grado razonable de probabilidad médica, no puede haber recuperación.

## F

**“Fecha inicial de entrada en vigor”:** el primer día en el que la cobertura del *beneficiario* empezó bajo el plan de Seguro médico internacional.

**“Fecha de entrada en vigor”:** la fecha en que empieza la cobertura bajo *esta póliza*, tal como se muestra en el *Certificado de seguro*.



**“Fecha de finalización”**: la fecha en que finaliza la cobertura bajo esta *póliza*, tal como se muestra en el *Certificado de seguro*.

**“Fecha de renovación anual”**: aniversario de la *fecha de entrada en vigor*.

**Franquicia (s)”**: es el importe de cualquier solicitud de reembolso que el *beneficiario* debe pagar. Si se seleccionan, se mostrarán en el Certificado de seguro

## G

**“Garantía de pago”**: una garantía de pago de los costes acordados asociados con un *tratamiento* particular que podamos ofrecer a un *beneficiario* o un *hospital, clínica o médico*.

**“Guía del cliente”**: contiene una *lista de las prestaciones* e información sobre las solicitudes de reembolso y forma parte de la *póliza*.

## H

**“Higiene dental”**: para un paciente, un estándar razonable de *salud oral* de los dientes, las estructuras que los soportan y otros tejidos de la boca y de eficacia dental, según un estándar aceptable para un *dentista* con una normal de competencia y capacitación en el *país de residencia habitual* del paciente y que cuidará su salud en general.

**“Hospital”**: cualquier organización o institución que esté registrada, autorizada o que dispone de licencia como hospital médico o quirúrgico en el país de ubicación y donde el *beneficiario* se encuentra bajo cuidados diarios o supervisión de un *médico* o *enfermera cualificada*.

## I

**“Intervalos de edad apropiados”**: nacimiento, dos (2) meses, cuatro (4) meses, seis (6) meses, nueve (9) meses, doce (12) meses, quince (15) meses, dieciocho (18) meses, dos (2) años, tres (3) años, cuatro (4) años, cinco (5) años y seis (6) años.

## L

**“Lesión dental”**: *lesión* en un *diente natural sano* provocada por un impacto desde el exterior de la boca.

*El tratamiento* para implantes dentales, coronas o dentaduras no está cubierto, a no ser que haya contratado la opción Dental y oftalmológica internacional y según las condiciones descritas en la *póliza*.

**“Lesión”**: una lesión física.

**“Lista de prestaciones”**: la lista de *prestaciones* detallada en su *Guía del cliente*, incluida cualquier mención o nota sobre las mismas.

## M

**“Médicamente necesario/necesidad médica”**: los servicios y suministros médicamente necesarios son aquellos que, a criterio del *equipo médico*, sean:

- > necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, *lesión*, padecimiento o sus síntomas;
- > *ortodoxos*, y según los estándares generalmente aceptados en la práctica médica;
- > clínicamente apropiados en cuanto a tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración;

- > que no atiendan principalmente a la conveniencia del *beneficiario*, facultativo u otro *hospital, clínica o médico*; y
- > prestados en el entorno menos intensivo apropiado para prestación de los servicios y suministros.

Cuando proceda, el *equipo médico* puede comparar la relación coste-eficacia de servicios, entornos o suministros alternativos determinen su determinación de cuál es el entorno menos intensivo.

**“Médico”**: un *médico o especialista* que está titulado, facultado y autorizado bajo las leyes del país, estado o área en la que se suministra el *tratamiento*, y que no está cubierto bajo esta *póliza* ni es un miembro de la familia de alguien cubierto bajo esta *póliza*.

**“Mujer elegible”**: una tomadora del seguro o *beneficiaria*.

## N

**“Normas de la póliza”**: los términos y condiciones que rigen la *póliza*, que detallan las “Exclusiones generales” y las “Definiciones”.

## O

**“Operaciones”**: cualquier procedimiento descrito como una operación en el *programa de procedimientos médicos*.

**“Ortodoxo”**: cuando se utiliza en relación con un procedimiento o *tratamiento*, “ortodoxo” significa que el procedimiento o *tratamiento* en cuestión es médicamente aceptado en el momento del inicio del procedimiento o *tratamiento*, que se ajusta al criterio de un “corpus”, entendido como conjunto o colección, de dictámenes médicos responsables, representativos y

numéricamente significativos defendida, mantenida y expresada por *médicos practicantes* experimentados en ese campo particular de la medicina en cuestión.

## P

**“Paciente ambulatorio”**: un paciente que acude a un *hospital, consultorio o clínica ambulatoria* para recibir *tratamiento* y que no es admitido ni ingresado como *paciente externo* ni como paciente en *régimen hospitalario*.

**“Paciente externo”**: un paciente que es ingresado en el *hospital* o una clínica para pacientes *externos* u otras instalaciones médicas para *tratamiento* o debido a que necesita un periodo de recuperación bajo supervisión médica, pero que no ocupa una cama durante la noche.

**“Paciente en régimen hospitalario”**: un paciente que es ingresado en el *hospital* y que ocupa una cama durante una o más noches debido a razones médicas.

**“Padecimiento”**: enfermedad física o mental, incluida cualquier enfermedad que derive de o esté relacionada con el embarazo.

**“País de nacionalidad”**: cualquier país del cual un *beneficiario* sea ciudadano, nacional o súbdito, tal como consta en *su solicitud*.

**“País de residencia habitual”**: el país en el que un *beneficiario* reside de forma habitual, tal como consta en *su solicitud*.

**“Participación en los costes tras la franquicia”, “participación en los costes”**: es el porcentaje de cada solicitud de reembolso que un *beneficiario* debe costear después de que se haya pagado cualquier *franquicia*. Se podrá aplicar una participación en los costes al Seguro médico internacional y a la opción de Asistencia

ambulatoria internacional. Si se selecciona, se mostrará en el *Certificado de seguro*.

**“Periodo de cobertura”**: periodo continuado de doce (12) meses durante los cuales los *beneficiarios* están cubiertos bajo esta *póliza*, y se corresponde con el periodo comprendido entre la *fecha de entrada en vigor* y la *fecha de finalización*, indicados en el *Certificado de seguro*, o antes, si se cancela según las *Normas de la póliza*.

**“Póliza”**: la póliza que incluye estas *Normas de la póliza*, la *Guía del cliente* (que contiene la *lista de las prestaciones* y la información de solicitudes de reembolso), y su *Certificado de seguro*.

**“Prestación por maternidad”**: *prestaciones* disponibles en relación con todos los aspectos del embarazo o alumbramiento bajo la opción de Seguro médico internacional o de Asistencia ambulatoria internacional, incluyendo cualquier complicación, para cualquier *mujer elegible* cubierta bajo esta *póliza*, aunque queda excluido:

- > *tratamiento* para la interrupción de forma voluntaria el embarazo a no ser que el embarazo ponga en peligro la vida o la estabilidad mental de la madre, y
- > cuidados de enfermeras a un recién nacido en el *hospital*, a no ser que la madre deba permanecer en el *hospital* por una *necesidad médica* por un tratamiento que está cubierto por esta *póliza*.

**“Prestación/prestaciones”**: cualquier prestación en la *lista de prestaciones*.

**“Programa de procedimientos quirúrgicos”**: la actual lista de procedimientos quirúrgicos aprobados por *nuestro* oficial médico jefe (Chief medical Officer, por su denominación inglés).

**“Prueba diagnóstica”**: investigación, como rayos X o análisis sanguíneos, para encontrar o ayudar a encontrar la causa de los síntomas del *beneficiario*.

## R

**“Rehabilitación”**: terapia física, del habla y ocupacional con el fin de un *tratamiento* dirigido a restaurar al *beneficiario* a su estado de salud previo después de un cuadro *agudo*.

## S

**“Servicio de asistencia médica”**: un servicio que proporciona asesoramiento médico, evacuación, asistencia y repatriación. Este servicio puede ser multilingüe y la asistencia está disponible veinticuatro (24) horas al día.

**“Servicios internacionales”**: servicios organizados por el *servicio de asistencia médica*.

**“Solicitud”**: la solicitud del *tomador del seguro* (tanto si *nos* ha mandado un formulario directamente o mediante un corredor, como si ha hecho una solicitud online o a través *nuestros* vendedores telefónicos) y cualquier declaración que él haya hecho durante el proceso de alta para él y cualquier *beneficiario* incluido en la solicitud.

**“Subrogación”**: el derecho de Cigna por cuenta del beneficiario de recuperar cualquier gasto o coste de otra compañía de seguros o fuente relacionado con coberturas pagadas por Nosotros para tratamientos. Cigna aplicará los principios habituales de contribución y compensación equitativa.

## T

**“Terapeuta complementario”**: un acupuntor, homeópata o practicante de la medicina china que esté apropiadamente cualificado y habilitado para ejercer la práctica en el país en que se recibe el *tratamiento*.

**“Terapeuta”**: un logopeda, dietista u ortopedista que está debidamente titulado cualificado y cuente con las licencias pertinentes para ejercer la práctica en el país en el que se recibe *el tratamiento*.

**“Todo el mundo excepto los EE. UU.”**: todo el mundo, con la excepción de los *EE. UU.*

**“Todo el mundo incluidos los EE. UU.”**: todos los países en el mundo y en el mar, excluido cualquier país con el cual, a fecha de la entrada en vigor del *tratamiento*, el Gobierno Federal de los *EE. UU.* haya prohibido el comercio hasta el punto de que los pagos sean ilegales bajo la ley aplicable.

**“Tomador del seguro”**: una persona que nos ha hecho llegar una *solicitud* que ha sido aceptada mediante notificación escrita por *nuestra parte* y quien paga la prima bajo la *póliza*.

**“Tratamiento activo”**: un *tratamiento* destinado a reducir el *cáncer*, estabilizarlo o ralentizar la propagación de la enfermedad. Esto excluye el *tratamiento* suministrado únicamente para aliviar los síntomas.

**“Tratamiento basado en pruebas”**: *tratamiento* que ha sido investigado, revisado y reconocido por:

- > el National Institute for Health and Clinical Excellence o
- > el equipo médico de *Cigna* u
- > otra fuente reconocida por el equipo médico de *Cigna*.

**“Tratamiento dental”**: cualquier *tratamiento dental* o servicio que:

- > sea necesario para una *salud dental* continuada, y
- > se lleve a cabo o esté personalmente controlado por un *dentista*, incluidos los procedimientos proporcionados por un higienista, y

- > se incluye en la *lista de prestaciones*, o, aunque no se incluya en la *lista de prestaciones*, lo hemos aceptado como procedimiento o servicio que cumple con unos estándares comúnmente aceptados en la práctica dental y sea respaldado por un “corpus” entendido como conjunto o colección, de dictámenes médicos responsables, representativos y numéricamente significativos en materia de opinión odontológica en ese particular campo de la odontología.

**“Tratamiento externo”**: cuidados que implican un ingreso *hospitalario* y que requieren el uso cama pero sin pernoctación. Respecto a los ingresos en los *EE. UU.*, esto también incluye procedimientos quirúrgicos llevados a cabo en el consultorio *médico*.

**“Tratamiento”**: cualquier *tratamiento* médico o quirúrgico controlado por un *practicante médico* que es médicamente necesario para diagnosticar, curar o aliviar considerablemente la enfermedad, padecimiento o *lesión*.

**“Tratamiento de urgencia”**: *tratamiento médicamente necesario* para evitar los efectos inmediatos e importantes de enfermedades, *lesiones* o trastornos que, si no se tratan, podrían conllevar un empeoramiento significativo de la salud. Solo se cubrirá el *tratamiento* médico prestado por un facultativo médico, *médico* y la hospitalización que tenga lugar en un plazo de veinticuatro (24) horas desde la urgencia.

U

**“Usted”**: el *tomador del seguro*.

**“Urgencia dental”**: casos en que se sufra un dolor agudo que no se pueda remitir con calmantes o hinchazón facial o sangrado incontrolable posterior a una extracción y que ocurra fuera del horario comercial del *dentista* habitual del *beneficiario* o cuando

el *beneficiario* se encuentra en un lugar lejos de la clínica dental que visita normalmente. El *tratamiento* que se cubre en ese caso es meramente para estabilizar el problema y aliviar el dolor agudo.

## Z

### **“Zona seleccionada de cobertura”**

puede significar:

- > *todo el mundo, incluidos los EE. UU. o*
- > *todo el mundo, excepto los EE. UU.*





**Together, all the way.<sup>SM</sup>**



"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 Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V, Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. y Cigna Worldwide Life Insurance Company Limited. © 2016 Cigna

Policy Rules Swiss 09/2016