



Cigna Close Care<sup>SM</sup>

# Normas De La Póliza

Términos, exclusiones generales y definiciones  
relacionadas con su plan



# CONTENIDO

Por favor, lea estas *Normas de la póliza* junto con su *Certificado de seguro* y su Guía del cliente, ya que todos estos documentos forman parte de su contrato entre *usted* y *nosotros*. Busque asesoramiento experto si necesitara determinar si esta *póliza* es adecuada para *usted*.

Las palabras y frases en *cursiva* tienen el significado que se les da en la Sección 3, “Definiciones”.

**A continuación puede ver dónde encontrar toda la información importante relativa a su plan de Cigna Close Care<sup>SM</sup>.**

Información legal y reguladora	Página 3
Quejas	Página 3
Cómo contactar con nosotros	Página 3
Sección I: Términos y condiciones generales	Página 4
1. Alcance de la cobertura y elegibilidad para la póliza.....	4
2. Inicio y fin de la cobertura.....	5
3. La información que nos proporciona.....	5
4. Periodo de prueba gratuito.....	6
5. Primas y otros cargos.....	6
6. Rescisión.....	7
7. Fraude.....	8
8. Opciones de cobertura.....	9
9. Franquicia y coste compartido.....	10
10. Añadir beneficiarios.....	10
11. Cambios en el país de residencia habitual, la dirección y/o la nacionalidad.....	10
12. Cómo nos comunicaremos con usted.....	11
13. Renovación de la póliza.....	11
14. Protección de datos.....	12
15. ¿Quién puede hacer cumplir esta póliza?.....	12
16. Nuestro derecho de cobro de terceros.....	12
17. Otro seguro.....	13
18. Cambios a esta póliza.....	13
19. Sanciones.....	13
20. Pandemias, epidemias y enfermedades infecciosas.....	13
Sección 2: Exclusiones generales	Página 15
Sección 3: Definiciones	Página 20

## INFORMACIÓN LEGAL Y REGULADORA

A efectos de esta *póliza*:

Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, que está regulada por la Autoridad de Servicios Financieros de Dubái actúa como agente *asegurador* en nombre de Cigna Global Insurance Company Limited.

Este seguro lo provee:

**Cigna Global Insurance Company Limited**  
**PO Box 155, Mill Court,**  
**La Charroterie, St Peter Port,**  
**Guernsey GY1 4ET**  
**Channel Islands**

Cigna Global Insurance Company Limited está autorizada y regulada en Guernsey por la Comisión de Servicios Financieros de Guernsey para el ejercicio de la actividad aseguradora.

Esta *póliza* no sustituye a ningún plan de seguro de salud estatal. *Usted* Puede solicitar el pertinente asesoramiento antes de retirar cualquier contribución a cualquier plan de seguro de salud estatal del cual sea miembro.

## QUEJAS

Toda queja debe enviárenos a *nosotros* en primer lugar a la dirección recogida en la sección "Cómo contactar con nosotros" más adelante.

Si la queja no se resuelve satisfactoriamente, puede remitirla al Intermediario financiero en:

**The Channel Islands Financial Ombudsman (CIFO)**  
**PO Box 114, Jersey, Channel Islands**  
**JE4 9QG**

Teléfono: **+44 (0)1534 748610**  
Fax: **+44 (0) 1534 747629**  
Email: **complaints@ci-fo.org**

El Servicio del Intermediario financiero puede adjudicar la mayoría de quejas (aunque no todas). Su decisión es vinculante para *nosotros*, pero la persona que presente la queja puede rechazarla sin que ello afecte a sus derechos legales (incluyendo su derecho a interponer recursos legales).

A menos que se acuerde específicamente lo contrario, esta *póliza* se rige por, y se interpretará de acuerdo con, la legislación de Inglaterra y Gales.

Cualquier conflicto sobre esta *póliza*, entre ellos conflictos sobre su validez, formación y finalización, se solucionará exclusivamente en los tribunales de Inglaterra y Gales.

## CÓMO CONTACTAR CON NOSOTROS

Para cancelar esta *póliza* envíenos un email a: **cignaglobal\_customer.care@cigna.com**.

Para obtener todos los detalles consulte la cláusula 6.7 de estas *Normas de la póliza*. Deberá facilitar su número de *póliza*, nombre completo y la dirección de correo electrónico utilizada en el formulario de *solicitud*.

También puede escribirnos a la siguiente dirección:

**Cigna Global Health Options**  
**Customer Care Team**  
**1 Knowe Road, Greenock**  
**Scotland PA15 4RJ**

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 desde los EE. UU. al **800 835 7677**.

\* Para determinadas consultas, nuestro equipo de Atención al Cliente puede dirigirle a nuestro equipo interno de especialistas que están disponibles en horario laboral (de lunes a viernes de 8 a 20 h CET)

# SECCIÓN 1: TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES

## 1. Alcance de la cobertura y elegibilidad para la póliza

### 1.1

Esta póliza solo se ofrece a los *beneficiarios* que sean *expatriados*. Por tanto, la póliza solo cubrirá los costes del *tratamiento* en el *país de nacionalidad del beneficiario* en aquellas circunstancias en las que el *beneficiario* sea residente de su *país de nacionalidad* de manera temporal. Tales circunstancias no pueden exceder los ciento ochenta (180) días en total por *periodo de cobertura* y el *país de nacionalidad* debe encontrarse en el *área de cobertura* (consulte la cláusula II para ampliar la información).

El *área de cobertura* de esta póliza se limita únicamente a su país de nacionalidad y su país de residencia habitual salvo que cuente con la prestación Cobertura de urgencias fuera del área. Consulte la cláusula 8.3 para obtener más información.

### 1.2

Sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones (y exclusiones especiales según se detalle en su *Certificado de seguro*, si corresponde) de esta póliza, *Cigna Healthcare* cubrirá sus gastos médicos y relacionados relativos a un *tratamiento médicamente necesario* recomendado por un *médico* y prestado dentro del *área de cobertura seleccionado* para lesiones y enfermedades. El *tratamiento* debe tener lugar en el *periodo de cobertura* y se pueden aplicar franquicias, costes compartidos y límites de cobertura. En algunas circunstancias podemos, a nuestra total discreción, acceder a retirar una exclusión si usted paga una prima adicional. Eso se acordará en el momento en el que contrate su póliza.

### 1.3

Esta póliza está sujeta a una limitación de enfermedad según se detallada en la lista de prestaciones. Es la cantidad anual que pagaremos por todos los costes del tratamiento tras el diagnóstico de una enfermedad. Incluye

todas las solicitudes de reembolso en todos los tratamientos en hospitales, consultas externas y tratamientos ambulatorios relacionados con la enfermedad de base. Se aplica por beneficiario y por periodo de cobertura. Solo cubriremos los costes de atención ambulatoria si se ha seleccionado la opción Atención ambulatoria y bienestar, con la excepción de aquellas prestaciones que incluyen tratamiento ambulatorio como parte de su cobertura principal. No cubriremos costes que superen la limitación de enfermedad total que se indica en la lista de prestaciones en la Guía del cliente.

### 1.4

Usted debe tener dieciocho (18) años o más en el momento de la adquisición para adquirir esta póliza.

### 1.5

Debe proporcionarnos toda la documentación de identificación del cliente necesaria o documentación relativa al principio de conoce a tu cliente (por ejemplo, una copia de su pasaporte y prueba de dirección con fecha de los últimos 3 meses) que podamos solicitar de vez en cuando en relación con cualquier *beneficiario* para satisfacer las normativas aplicables contra el blanqueo de capitales (incluidas, entre otras, las normativas emitidas por la Autoridad de Servicios Financieros de Dubái y la Comisión de Servicios Financieros de Guernsey o su sucesoras):

#### 1.5.1

Hasta que recibamos la documentación solicitada relativa al principio de conoce a tu cliente descrita en la sección 1.5 no aprobaremos ningún *tratamiento* bajo esta póliza, no emitiremos ninguna *garantía de pago* ni liquidaremos ninguna *solicitud* de reembolso por costes de *tratamiento* en relación con ningún *beneficiario*; y

#### 1.5.2

Si no nos facilita la documentación obligatoria de conoce a tu cliente en un plazo de treinta (30) días a partir de la *fecha de*

*inicio*, tendremos el derecho, ejercitable por nuestra parte, de rescindir esta *póliza* con efecto inmediato o con el plazo de preaviso más largo que podamos determinar a nuestra absoluta discreción.

## 1.6

Si se producen cambios entre *su solicitud* y la *fecha de entrada en vigor inicial* de su *póliza* y cualquier información que nos haya proporcionado en *su solicitud* cambia durante este periodo, nos lo debe comunicar. Nos reservamos el derecho de cancelar la *póliza* o aplicar primas adicionales o exclusiones como resultado de cualquier cambio en su estado de salud que se nos haya notificado antes de la *fecha de entrada en vigor inicial* de la *póliza*. Si usted no nos informa de cualquier cambio en su estado de salud durante este periodo, podemos considerarlo como una distorsión, lo cual podría afectar a la cobertura de su *póliza* o a los pagos de las solicitudes de reembolso.

## 1.7

Esta *póliza* no cubrirá ningún coste relacionado con el *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).

## 2. Inicio y fin de la cobertura

### 2.1

Esta *póliza* es un contrato anual. Eso significa que, salvo que se rescinda anticipadamente, la cobertura finalizará un (1) año después de la *fecha de entrada en vigor*.

### 2.2

Si esta *póliza* finaliza antes de la *fecha de finalización* normal, cualquier prima que se haya pagado en relación con el período después de que la cobertura haya finalizado se reembolsará de modo proporcional, siempre que no se hayan realizado o se vayan a presentar solicitudes de reembolso y no se hayan presentado *garantías de pago* durante el *período de cobertura*.

Si la *póliza* termina antes de la *fecha de finalización* normal y usted ha realizado solicitudes de reembolso o ha recibido tratamientos aún no reembolsados, *usted* será

responsable de cualquier prima restante que no se haya pagado en relación con la *póliza*.

### 2.3

Si *usted* fallece, finalizará la cobertura para todos los *beneficiarios* a menos que un *beneficiario* contacte con nosotros en un plazo de treinta (30) días desde la fecha del fallecimiento según se recoja en el certificado de defunción. Si alguno de los *beneficiarios* deseara continuar con la cobertura pasando a ser el *tomador del seguro*, sujeto a los términos de nuestra *póliza*, deberá informarnos en un plazo de treinta (30) días y deberá proporcionarnos una copia del certificado de defunción. Si un *beneficiario* deseara continuar con la cobertura como *tomador del seguro*, toda la cobertura se dará por finalizada y no realizaremos ningún pago en relación con el *tratamiento* o servicios que se hayan recibido o se vayan a recibir después de la *fecha de finalización* de la *póliza*.

## 3. La información que nos proporciona

Al decidir si aceptamos esta *póliza* y al establecer los términos y la prima, nos hemos basado en la información que nos ha proporcionado. Debe tener cuidado al responder cualquier pregunta que le hagamos, asegurándose de que toda la información sea precisa y completa.

Si determinamos, en base a motivos razonables, que nos ha proporcionado deliberadamente o por imprudencia información falsa o engañosa, ello podría afectar negativamente a esta *póliza* y cualquier *solicitud* de reembolso. Por ejemplo, podríamos:

- > tratar esta *póliza* como si nunca hubiera existido, negarnos a pagar cualquier *solicitud* de reembolso y devolver las primas pagadas. Solo lo haremos si le hemos proporcionado una cobertura de seguro que de lo contrario no habríamos ofrecido;
- > modificar los términos de su seguro. Podemos aplicar estos términos modificados como si ya estuvieran en vigor si una *solicitud* de reembolso se ha visto afectada negativamente por su negligencia; o
- > proceder a la rescisión de acuerdo con la cláusula 6.2.

Le notificaremos por escrito si se diera cualquiera de las circunstancias anteriores.

Si se da cuenta de que la información que nos ha proporcionado es incorrecta, debe informarnos cuanto antes utilizando una de las opciones en la sección “Cómo contactar con nosotros” en la página 3 de estas *Normas de la póliza*.

#### 4. Periodo de prueba gratuito

Tiene un derecho legal 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. Para cancelar esta *póliza* contacte con nosotros utilizando una de las opciones de la sección “Cómo contactar con nosotros” en la página 3 de estas *Normas de la póliza*.

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

Para conocer sus derechos de cancelación una vez transcurrido el periodo legal de reflexión de catorce (14) días, consulte la cláusula 6 de esta *póliza*.

#### 5. Primas y otros cargos

##### 5.1

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

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

##### 5.2

Si usted, o alguno de los beneficiarios, no solicita la aprobación previa para el tratamiento necesario en régimen hospitalario y de paciente ambulatorio, reduciremos el importe que abonaremos para dicho tratamiento en un veinte (20) por ciento.

Para los gastos médicos específicamente en los EE. UU., si usted o alguno de sus beneficiarios decide recibir tratamiento en un hospital, clínica, médico o farmacia que no forme parte de la red de *Cigna Healthcare* en los EE. UU., reduciremos el importe que abonaremos para dichos gastos médicos en un veinte (20) por ciento. Hay una lista de la red de *hospitales, clínicas y médicos* de *Cigna Healthcare* disponible en su Área del cliente segura online.

Tenga en cuenta que, a nuestra entera discreción y sin notificación, podemos realizar cambios en la red de *Cigna Healthcare* de vez en cuando añadiendo y/o eliminando *hospitales, clínicas, médicos* y farmacias.

##### 5.3

En la mayoría de los casos, pagamos directamente los gastos médicos al hospital, la clínica o el médico. Si usted o alguno de sus beneficiarios tiene que pagar al hospital, clínica o médico, debe enviarnos la factura y el formulario de solicitud de reembolso cuanto antes después del tratamiento. Si la solicitud de reembolso y la factura no se nos presentan en un plazo de doce (12) meses desde la fecha del tratamiento, no podremos pagar o reembolsar la solicitud de reembolso.

Toda solicitud de reembolso está sujeta al deducible aplicable, copagos y a los límites de cobertura establecidos en las presentes *Normas de la póliza*, en la guía del cliente y en su certificado de seguro.

##### 5.4

Si usted no paga la prima y/u otros cargos cuando debe, se lo notificaremos por correo electrónico inmediatamente y suspendemos su *póliza*, es decir, se suspenderá la cobertura para todos los *beneficiarios*. Si el pago se efectúa, la *póliza* se restablecerá. No aprobaremos ningún *tratamiento* mientras la *póliza* esté suspendida. No liquidaremos ninguna *solicitud* mientras haya un pago pendiente hasta que dicha cantidad pendiente se pague.

Si después de treinta (30) días el pago sigue pendiente, le escribiremos informándole de que la *póliza* ha sido cancelada. La fecha de cancelación será efectiva en la fecha en que se tenía que abonar el primer pago pendiente.

Si paga la cantidad pendiente en los treinta (30) días posteriores a la fecha en que tenía que abonarse el primer pago pendiente, restableceremos su cobertura desde esa fecha.

## 5.5

Sujeto a la cláusula 13, le informaremos sobre la prima y otros cargos que sean de aplicación durante el siguiente *periodo de cobertura*.

La prima y/o los otros cargos cambiarán para cada *periodo de cobertura*.

## 6. Rescisión

### 6.1

Sujeto a cualquier requisito legal o normativo contradictorio, rescindiremos esta *póliza* inmediatamente para todos los *beneficiarios* si:

#### 6.1.1

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;

#### 6.1.2

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;

#### 6.1.3

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

### 6.1.4

no nos ha proporcionado la documentación necesaria relativa al principio de conoce a tu cliente solicitada de acuerdo con la cláusula 1.5 en un plazo de treinta (30) días a partir de la *fecha de inicio* (o en el plazo mayor que le hayamos notificado por escrito), la rescisión de acuerdo con esta cláusula 6.1.4 surtirá efecto de forma inmediata, aunque reembolsaremos todas las primas que usted haya abonado.

### 6.2

Sujeto a la cláusula 3, rescindiremos esta *póliza* con efecto inmediato si, a *nuestra* entera discreción, determinamos, con motivos razonables, que usted, al solicitar la *póliza* o al realizar alguna *solicitud* bajo esta, ha ocultado información o proporcionado consciente o imprudentemente información que sabe o cree que es falsa o inexacta o no ha facilitado información que le hayamos solicitado, incluyendo información médica.

### 6.3

Sujeto a la cláusula II, podemos rescindir esta *póliza* si cualquier *beneficiario* deja de ser un *expatriado* como resultado de un cambio en el *país de nacionalidad o de residencia habitual del beneficiario*.

### 6.4

Podremos resolver esta *póliza* si tenemos motivos razonables para creer que ha viajado usted a un país no incluido en su área de cobertura para recibir tratamiento, salvo que cuente con cobertura conforme a lo estipulado en la cláusula 8.3.

### 6.5

Podremos resolver esta *póliza* si cualquier *beneficiario* se traslada a un país que no sea su país de residencia habitual.

### 6.6

Si dejamos de comercializar la *póliza* o una alternativa adecuada en su área geográfica, le notificaremos con al menos un (1) mes de antelación a la *fecha de finalización* comunicándole que la *póliza* se rescindirá (y por tanto no podrá renovarse) con efecto desde la *fecha de finalización*.

## 6.7

Si desea rescindir esta *póliza* y finalizar la cobertura para todos sus *beneficiarios*, podrá hacerlo en cualquier momento cursándonos aviso por escrito con una antelación de, al menos, catorce (14) días. La resolución de su *póliza* desplegará sus efectos catorce (14) días después de que usted, el *tomador del seguro*, nos notifique su solicitud empleando una de las opciones que encontrará en el apartado de contacto de la página 3 de estas *Normas de la Póliza*.

### 6.7.1

Si la *póliza* se rescinde de conformidad con la cláusula 6.7, antes de la *fecha de finalización*, y hemos pagado una *solicitud* de reembolso, cubierto un *tratamiento* 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.

## 6.8

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, 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*.

## 6.9

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.

## 7. Fraude

### 7.1

Si un *beneficiario* presenta una *solicitud* de reembolso fraudulenta en virtud de esta *póliza*, nosotros:

- i. no seremos responsables del pago de dicha *solicitud*;
- ii. podemos pedir al *beneficiario* que devuelva las sumas pagadas por nosotros con respecto a la *solicitud*; y
- iii. podemos notificar al *beneficiario* y tratar el contrato como si hubiera sido rescindido con efecto a partir del momento en el que se produzca el acto fraudulento.

### 7.2

Si ejercemos nuestro derecho en virtud de la cláusula 7.1 (iii) anterior:

- i. no seremos responsables ante el *beneficiario* con respecto a ningún acontecimiento relevante que ocurra después del momento del acto fraudulento. Un acontecimiento relevante es cualquier evento que dé lugar a nuestra responsabilidad en virtud de esta *póliza* (como una pérdida, la presentación de una *solicitud* de reembolso o la notificación de una posible *solicitud* de reembolso); y
- ii. no estaremos obligados a devolver ninguna de las primas pagadas.

### 7.3

Si esta *póliza* proporciona cobertura para cualquier *beneficiario* que no sea usted y se presenta una *solicitud* de reembolso fraudulenta en virtud de esta *póliza* en nombre de un *beneficiario* distinto a usted, podemos ejercer el derecho establecido en la cláusula 7.1 anterior como si existiera un contrato de seguro individual entre nosotros y ese *beneficiario*. Sin embargo, el ejercicio de cualquiera de esos derechos no afectará a la cobertura proporcionada en virtud del contrato a cualquier otro *beneficiario*.

Nada en esta cláusula 7 tiene la intención de modificar lo dispuesto en la Ley de Seguros de 2015.

## 8. Opciones de cobertura

### 8.1

Si un beneficiario no tiene cobertura conforme a las opciones Atención ambulatoria y bienestar o Tratamiento y cuidado dental, no cubriremos ninguno de los tratamientos que se encuentran disponibles conforme a estas opciones.

### 8.2

Las siguientes modificaciones de su póliza no pueden solicitarse durante el periodo de cobertura y sólo pueden efectuarse en el momento de la renovación:

- > modificar su nivel de cobertura (por ejemplo, pasar de Cigna Close Care<sup>SM</sup> al plan Cigna Global Health Options (CGHO) Silver o pasar de CGHO Silver a Cigna Close Care<sup>SM</sup>),
- > modificar su franquicia, coste compartido o desembolso máximo.

Para proceder con dicha solicitud, debe comunicárnoslo por escrito al menos siete (7) días antes de la fecha de renovación anual. Antes de realizar cualquiera de estos cambios, podemos pedirle que cumplimente un nuevo cuestionario de historial médico. Si aceptamos la solicitud, podemos aplicar nuevas restricciones o exclusiones especiales en su póliza actualizada para el nuevo periodo de cobertura. Una vez que acepte las condiciones que le ofrecemos, estos cambios entrarán en vigor a partir de la fecha de renovación anual.

Los siguientes cambios en su póliza pueden solicitarse durante el periodo de cobertura y serán revisados por nosotros:

- > para añadir uno o más de los módulos opcionales al mismo nivel de cobertura que su cobertura básica de Close Care: Atención ambulatoria y de bienestar, o Tratamiento y atención odontológica,
- > modificar su zona de cobertura para incluir la cobertura en EE.UU. (si procede)

Antes de realizar cualquiera de estos cambios en su póliza durante el período de cobertura actual, podemos solicitarle que cumplimente un nuevo cuestionario de historial médico. Si aceptamos la solicitud, podemos aplicar nuevas restricciones o exclusiones especiales en su póliza actualizada.

Estos cambios en su póliza no comenzarán antes de la fecha en que acepte las condiciones que le ofrecemos y se mantendrán al menos hasta la fecha de renovación anual..

Cualquier otro cambio en su póliza en relación con las opciones de cobertura será revisado por nosotros y estará sujeto a evaluación médica.

### 8.3

Los beneficiarios recibirán cobertura para tratamientos de urgencia hospitalarios o ambulatorios o en consulta externa (si se contrata la opción de cobertura adicional Atención ambulatoria y bienestar en su póliza) durante viajes temporales, incluso si dichos viajes son fuera de su área de cobertura. Como sucede con todos los tratamientos de urgencia, si no ha contratado la opción de cobertura adicional Atención ambulatoria y bienestar, su tratamiento de urgencia solo se cubrirá si resulta en ingreso hospitalario. Tenga en cuenta que la prestación Cobertura de urgencias fuera del área no cubre las revisiones médicas y las pruebas de detección de la opción Atención ambulatoria y bienestar. Esta cobertura se limitará a un periodo máximo de veintiún (21) días por viaje y un máximo de cuarenta y cinco (45) días por periodo de cobertura para todos los viajes en conjunto y hasta el límite anual total de la prestación Cobertura de urgencias fuera del área. Seguirán resultando de aplicación los copagos o las franquicias elegidos para su póliza.

Para ser apto para esta prestación, la enfermedad que requiera tratamiento de urgencia deberá no ser preexistente al viaje y el beneficiario deberá no haber recibido tratamiento ni asesoramiento, ni haber tenido síntomas, en relación con la enfermedad antes de iniciar el viaje.

Recibir tratamiento médico no puede ser uno de los objetivos del viaje. El tratamiento de urgencia solo se administrará si no tiene ya atención médica pública en el país en cuestión. También se exigirá prueba de la fecha de entrada al país fuera de su área de cobertura antes del abono de las prestaciones conforme a esta cobertura. Esta cobertura decaerá una vez el tratamiento administrado establezca la enfermedad.

## 9. Franquicia y coste compartido

### 9.1

Si ha seleccionado una franquicia para la cobertura principal o la opción Atención ambulatoria y bienestar (si corresponde), deberá usted pagar el importe de la franquicia directamente al hospital, la clínica, el profesional médico o la farmacia. Le comunicaremos a cuánto asciende este importe. Reduciremos la cuantía que pagaremos del coste de tratamiento con respecto a cada solicitud de reembolso que se realice conforme a la cobertura principal o la opción Atención ambulatoria y bienestar (si corresponde) por el importe de cualquier franquicia hasta alcanzar la franquicia del periodo de cobertura.

### 9.2

Si ha seleccionado un copago para la cobertura principal o la opción Atención ambulatoria y bienestar (si corresponde), reduciremos el importe que pagaremos del coste de tratamiento por tal porcentaje de copago. Deberá usted abonar el copago directamente al hospital, la clínica, el profesional médico o la farmacia. Los importes que pague usted están sujetos al efecto de limitación del desembolso máximo por cuenta propia aplicable.

### 9.3

Solo están sujetos al efecto de limitación del desembolso máximo por cuenta propia los importes que pague usted en relación con el copago de la cobertura principal y la opción Atención ambulatoria y bienestar. No están sujetos al desembolso máximo por cuenta propia los siguientes importes:

- > Cualesquiera importes que pague usted por una franquicia;
- > Importes que se deban sufragar por superar límites de cobertura;
- > Importes relativos a tratamientos no cubiertos por la cobertura principal o la opción Atención ambulatoria y bienestar; o
- > Importes que se deban sufragar como penalización por no obtener autorización previa o utilizar proveedores no pertenecientes a la red en Estados Unidos.

Los importes que pague usted por franquicia, copago y desembolso máximo por cuenta propia,

cuando corresponda, resultan de aplicación por separado a cada beneficiario, cada opción de cobertura y cada periodo de cobertura.

### 9.4

La prestación en efectivo para hospitalización no está supeditada a franquicia.

## 10. Añadir beneficiarios

### 10.1

Si desea añadir un nuevo *beneficiario* durante el año de vigencia de la *póliza*, debe mandarnos una *solicitud* completa para esa persona. La aceptación de cualquier nuevo *beneficiario* es a nuestra entera discreción. Le comunicaremos cualquier condición o exclusión especial y cualquier prima adicional que se aplicará a la oferta de cobertura. La cobertura para cualquier nuevo *beneficiario* comenzará a partir de la fecha en que *usted* confirme su aceptación. Le mandaremos un *Certificado de seguro* actualizado confirmando que se ha añadido el nuevo *beneficiario*.

El área de cobertura del beneficiario debe ser la misma que la del titular de la *póliza*; de no ser así, el beneficiario debe contratar una *póliza* aparte u otro plan de Cigna.

### 10.2

Si una beneficiaria da a luz, puede solicitar incorporar al recién nacido como beneficiario de su plan en vigor. El recién nacido será sometido a una evaluación médica completa y se deberá abonar una prima adicional. Le informaremos de si ofreceremos cobertura al nuevo beneficiario y, en caso afirmativo, de las condiciones particulares y las exclusiones que pudieran resultar de aplicación. Si acepta las condiciones que se le ofrezcan, la cobertura comenzará en la fecha en que usted confirme su aceptación. Le enviaremos un certificado de seguro actualizado, donde se confirmará la incorporación del nuevo beneficiario.

## 11. Cambios en el país de residencia habitual, la dirección y/o la nacionalidad

### 11.1

Si un *beneficiario* cambia su *país de residencia habitual*, debe informarnos tan pronto como sea

posible y, en cualquier caso, dentro de los treinta (30) días posteriores. Nos reservamos el derecho a pedirle más información sobre un cambio de su país de residencia habitual o el de cualquiera de los otros *beneficiarios*. Tenga en cuenta que cambiar su país de residencia habitual o el de cualquiera de los otros *beneficiarios* podría dar como resultado un incremento en su prima o en los impuestos a pagar, lo que significa que usted podría tener que abonar un pago adicional de prima o que sus pagos mensuales o trimestrales podrían aumentar. Si la prima aumenta, le otorgaremos el derecho a cancelar la *póliza*, de acuerdo con la cláusula 6.7, en cuyo caso se aplicarán las cláusulas 6.7.1, 6.8 y 6.9. Tenga en cuenta que el seguro puede ser proporcionado por otra empresa del grupo *Cigna*.

## 11.2

Si un *beneficiario* regresa a su país de nacionalidad, el tratamiento que pueda obtener se limitará a ciento ochenta días (180) en total durante el año de la *póliza*.

### 11.2.1

Nos reservamos el derecho a revisar todas las solicitudes de reembolso presentadas por los *beneficiarios* en su país de nacionalidad y en circunstancias en las que sepamos o tengamos motivos para creer que el *beneficiario* es o tiene la intención de ser residente en su país de nacionalidad durante más de ciento ochenta (180) días en total por *periodo de cobertura*. En tales circunstancias, puede que ya no consideremos que el *beneficiario* es un *expatriado* al haber regresado a su país de nacionalidad por un periodo sostenido y podremos rechazar el pago de cualquier *solicitud* de reembolso o la emisión de una *garantía de pago*.

Tenga en cuenta que el país de nacionalidad en que los *beneficiarios* pueden recibir tratamiento es el mismo que el país de nacionalidad del titular de la *póliza*.

## 11.3

Si cualquier *beneficiario* deja de ser un *expatriado* como resultado de un cambio en el país de nacionalidad o de residencia habitual del *beneficiario*, usted puede:

### 11.3.1

dejar la *póliza* en vigor durante el resto del *periodo de cobertura*. Debe informarnos en la renovación si usted deja de ser un *expatriado* y determinaremos si podemos ofrecerle un plan sanitario alternativo facilitado por otra empresa del grupo *Cigna*;

### 11.3.2

poner fin a la *póliza* mediante un aviso por escrito que implicará que la cobertura finalizará para todos los *beneficiarios*. Cualquier prima que se haya pagado en relación con el periodo después de que haya finalizado 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 solicitudes de reembolso o emitido *garantías de pago* durante el *periodo de cobertura*.

## 12. Cómo nos comunicaremos con usted

Remitiremos toda comunicación y notificación relacionada con esta *póliza* a la dirección de correo electrónico que usted haya proporcionado y guardaremos sus *documentos de póliza* en su Área del cliente segura en línea.

## 13. Renovación de la póliza

### 13.1

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, cualquier decisión de *Cigna Healthcare* de no renovar no se basará en su historial de solicitudes de reembolso ni en ninguna enfermedad, *lesión* o afección sufrida por ningún *beneficiario*.

### 13.2

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.

### 13.3

Si no quiere renovar su cobertura tiene que comunicárnoslo por escrito por lo menos catorce (14) días antes de la *fecha de finalización* de su *póliza*.

#### 13.3.1

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.

### 13.4

Sujeto a la cláusula 8.2, si desea realizar cambios en su *póliza* en el momento de la renovación, debe comunicárnoslo por escrito al menos siete (7) días antes de la fecha de renovación anual. Podemos aplicar nuevas restricciones especiales, exclusiones y/o ajustar la prima. Si lo hacemos, le remitiremos un certificado de seguro actualizado.

### 13.5

Si se han aplicado cualesquiera exclusiones específicas a cualquier *beneficiario*, puede haber casos en los que podamos revisarlas en una *fecha de renovación anual* futura para considerar si estamos dispuestos a retirar las exclusiones. En tal caso, le mostraremos la fecha de revisión de las exclusiones en el *Certificado de seguro*. En dicha fecha, también revisaremos la prima adicional (en caso de haberla) que podamos haber aplicado para cubrir una afección.

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 entrarán en vigor a partir de la *fecha de renovación anual*

pertinente. No garantizamos que vayamos a retirar ninguna exclusión especial o prima adicional en la renovación.

## 14. Protección de datos

### 14.1

Al evaluar *su solicitud* y administrar la *póliza* y el seguro que se le proporcione, recogeremos, trataremos y compartiremos cierta información personal sobre *usted*. Nos tomamos muy en serio *su* privacidad y siempre trataremos *su* información de acuerdo con la legislación de protección de datos aplicable, incluido el Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679) la Ley de Protección de Datos DIFC, Ley n.º 5 de 2020 y cualquier otra legislación aplicable y cualquier guía o códigos de práctica que puedan emitirse con respecto a la protección de *datos personales*. Para obtener más información consulte *nuestro* Aviso de protección de datos, sujeto a actualizaciones.

### 14.2

Para poder gestionar cualquier *solicitud* de reembolso, *Cigna Healthcare* solicitará a un beneficiario que proporcione *datos de categorías especiales* relacionados con su afección *médica*, afecciones anteriores, estado de salud y tratamientos.

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

Solo *nosotros* y *usted* tenemos derechos legales en relación con esta *póliza*. Una persona que no sea parte de esta *póliza* no tiene ningún derecho según la Ley de Contratos (Derechos de Terceros) de 1999 para hacer cumplir ningún término de este contrato, pero esto no afecta a ningún derecho o recurso de un tercero que exista o esté disponible de forma independiente a dicha Ley.

## 16. Nuestro derecho de cobro de terceros

Si un *beneficiario* necesita *tratamiento* como resultado de un accidente o de un acto deliberado del cual es responsable un tercero, *nosotros* asumiremos (o cualquier persona o empresa que designemos) el derecho del *beneficiario* a recuperar el coste de ese

*tratamiento* del tercero culpable (o su compañía de seguros). Si le solicitamos al *beneficiario* que lo haga, él o ella debe seguir todos los pasos para incluir el importe de la prestación que nos reclama bajo esta *póliza* en cualquier *solicitud* de reembolso contra la persona culpable (o su compañía de seguros).

El *beneficiario* deberá firmar y enviar toda la documentación y realizar cualquier otra acción que precisemos para hacer valer 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 resolver cualquier demanda, o iniciar legalmente cualquier demanda en nombre de un *beneficiario* para nuestro propio beneficio. Decidiremos cómo llevar a cabo cualquier procedimiento y acuerdo.

## 17. Otro seguro

Si otro *asegurador* también proporciona cobertura, negociaremos con este sobre quién paga qué proporción de cualquier *solicitud* de reembolso. 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.

## 18. Cambios a esta póliza

### 18.1

Ninguna persona que no sea un director ejecutivo de *Cigna Healthcare* tiene autoridad para cambiar esta *póliza* ni para renunciar a ninguna de sus disposiciones en nuestro nombre; por ejemplo, ni los representantes de ventas, ni los corredores, ni otros intermediarios pueden variar o extender los términos de la *póliza*.

### 18.2

Nos reservamos el derecho a hacer cualquier cambio a esta *póliza* que sea necesario para cumplir con cualquier cambio en las leyes y regulaciones pertinentes. Si esto ocurre, le escribiremos y le informaremos del cambio.

## 19. Sanciones

Es una política corporativa global de *Cigna Healthcare* el cumplir con las normas de sanciones económicas relacionadas con personas, entidades y países aplicables a sus operaciones comerciales globales, incluidas, entre otras, las impuestas por las Naciones Unidas, la Comisión Europea, los Estados Unidos y Canadá. Por lo tanto, *Cigna Healthcare* no ofrecerá cobertura ni prestaciones de pago a, o en nombre de, ningún *beneficiario* si el hacerlo infringe estas normas de sanciones. En caso de que *Cigna Healthcare* se entere de que una persona o entidad sancionada está inscrita en la *póliza*, o de que un *beneficiario* ha sido sancionado, *Cigna Healthcare* tomará todas las medidas apropiadas, que podrían incluir el bloqueo, la denuncia y la rescisión de la cobertura. *Cigna Healthcare* no tiene ninguna obligación de notificar al *beneficiario* con antelación de la implementación de estas medidas, ni de obtener licencias de ningún gobierno para permitir la ampliación de la cobertura en cumplimiento de las leyes en materia de sanciones.

Además, se aplicarán restricciones a los siniestros en los que se incurra en países sancionados donde no exista una licencia pertinente aprobada por la Office of Foreign Assets Control de los EE. UU. Entre las restricciones, *Cigna Healthcare* no cubrirá: (1) el tratamiento electivo o preprogramado en países sancionados; ni (2) aquellos *beneficiarios* considerados “residentes habituales” en un país sancionado. Los *beneficiarios* se consideran residentes habituales si visitan un país sancionado durante un periodo de más de 6 semanas a lo largo de cualquier periodo de 12 meses.

## 20. Pandemias, epidemias y enfermedades infecciosas

### 20.1

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). El *tratamiento médicamente necesario* y las afecciones médicas relacionadas serán cubiertos en régimen *hospitalario, diurno y ambulatorio*

(si se ha seleccionado la opción de Asistencia ambulatoria internacional) con base en las prestaciones del plan seleccionado y de acuerdo con las condiciones de la *póliza*. Cuando no se pueda acceder a los fármacos recetados en la ubicación actual del *beneficiario* como resultado de una pandemia, epidemia o brotes de enfermedades infecciosas, cubriremos el coste del envío además del coste de los fármacos recetados conforme a lo establecido en las prestaciones *ambulatorias* de fármacos y apósitos recetados.

## 20.2

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).

## 20.3

Cuando se encuentre disponible una vacuna aprobada en un lugar a través de los programas locales de seguridad social o de un organismo gubernamental, recomendamos que se sigan las orientaciones de las autoridades locales y se acceda al sistema de salud local o al programa gubernamental donde se encuentren disponibles.

Si se debe administrar la vacuna en un ámbito privado autorizado, y el plan que haya seleccionado incluye la cobertura de vacunas que sean adecuadas clínicamente, la vacuna se cubrirá en régimen *ambulatorio* de acuerdo con las condiciones de la *póliza*, y siempre que las autoridades reguladoras locales debidas consideren que la vacuna sea segura y efectiva en el país donde se administre.

No podemos garantizar la disponibilidad de una vacuna en ninguna ubicación y *Cigna Healthcare* no puede controlar cómo o cuándo se distribuye ninguna vacuna.

# SECCIÓN 2: EXCLUSIONES GENERALES

No ofreceremos cobertura ni pagaremos solicitudes de reembolso cuando sea ilegal hacerlo según las leyes aplicables. Algunos ejemplos son controles de cambios, regulaciones de licencias locales o embargo comercial.

De acuerdo con la Cláusula I9, no le ofreceremos cobertura a ningún *beneficiario* ni pagaremos solicitudes de reembolso en ciertas jurisdicciones cuando hacerlo conlleve una violación de las restricciones comerciales aplicables, como las restricciones impuestas por la Oficina de Control de Bienes Extranjeros del Departamento de Tesorería de Estados Unidos, la Comisión de la Unión Europea o los Comités de Sanciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, entre otras.

No nos hacemos responsables de ninguna pérdida, daño, enfermedad y/o *lesión* que pueda tener lugar como resultado de recibir un *tratamiento médico* en un *hospital* o de un *médico*, incluso cuando nosotros hayamos aprobado el *tratamiento* como cubierto.

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

## 1. *Tratamiento* que sea suministrado por:

- a) un *profesional 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 *profesional médico, terapeuta, hospital, clínica* o instalación a quién hayamos dado un aviso por escrito de que ya no lo reconocemos como proveedor de *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 profesional *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*.

## 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 debería haberlo sido) en la fecha de inicio de la cobertura, y respecto a la cual no hayamos acordado expresamente ofrecer cobertura.

3. *Tratamiento* preventivo, incluidos pruebas de salud, exámenes de salud comunes y vacunas (salvo que el *tratamiento* se encuentre disponible con una de las opciones que cubra a un beneficiario).

Cubriremos la cirugía preventiva a aquellos beneficiarios que:

- a) tengan un historial familiar significativo de una enfermedad que sea parte de un síndrome de cáncer hereditario (como cáncer de ovarios) y
- b) se hayan sometido a pruebas genéticas para establecer la presencia de un síndrome de cáncer hereditario (tenga en cuenta que no cubriremos las pruebas genéticas).

4. *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*.

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

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

cuando el *beneficiario*:

- i) se 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);
- ii) haya participado de forma activa en el conflicto; o
- iii) haya mostrado un menosprecio evidente por su propia seguridad.

**6.** Cualquier tratamiento fuera de su país de residencia habitual o su país de nacionalidad (área de cobertura), salvo que el tratamiento se pueda cubrir de acuerdo con la prestación Cobertura de urgencias fuera del área según se detalla en la cláusula 8.3.

**7.** 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 aparcamiento.

**8.** Cualquier gasto por evacuación entre barco y tierra firme.

**9.** *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*. En concreto, no estaría cubiertos los costes de enfermería (por ejemplo, gastos de alojamiento, comida y de subsistencia) o de cualquier otro tipo de *tratamiento* en residencias o residencias para la tercera edad, aunque el *tratamiento* sea médicamente necesario y/o lo administre un médico reconocido.

**10.** Cargos por estancias residenciales en el *hospital* que estén acordadas total o parcialmente por razones domésticas o en el

caso en el que un *tratamiento* no sea necesario o en el que el *hospital* se haya convertido de forma efectiva en el lugar de domicilio o residencia permanente.

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

**12.** Cualquier *dispositivo protésico* o aparato incluidos, entre otros, audífonos y gafas, que no sea *médicamente necesario* y/o no entre en nuestra definición de *dispositivo protésico*.

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

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

**15.** Admisiones no-médicas o estancias en un *hospital* que incluyen:

- a) *tratamiento* que podría recibirse como *paciente diurno* o *ambulatorio*;
- b) convalecencia;
- c) ingresos y estancias por motivos sociales o domésticos, p. ej., lavarse, vestirse y ducharse.

**16.** *Tratamiento* de soporte vital (como ventilación mecánica) a menos que exista una posibilidad razonable de que dicho *tratamiento* resulte en la recuperación del *beneficiario*, o en la restauración del *beneficiario* a su estado de salud previo.

**17.** Cirugía fetal, es decir, *tratamiento* o cirugía que se lleva a cabo en el útero antes del nacimiento o *tratamiento* a través de la finalización voluntaria del embarazo, salvo que este ponga en peligro la vida o la estabilidad mental de la beneficiaria, y cualesquiera otros *tratamientos* relacionados con la maternidad, incluidas complicaciones derivadas de esta.

**18.** Cuidado de los pies por un podólogo o podiatra.

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

**20.** Un tratamiento derivado o relacionado de alguna forma con el intento de suicidio o cualquier lesión o enfermedad que el asegurado se inflija a sí mismo. Cubriremos los servicios médicos conductuales y psicológicos médicamente necesarios, incluidos, entre otros, terapia y asesoramiento con especialistas.

**21.** Problemas de desarrollo, *tratamiento* para trastornos de la personalidad y/o carácter, incluidos:

- a) dificultades del aprendizaje como dislexia;
- b) problemas de desarrollo físico como baja estatura;
- c) trastorno afectivo de la personalidad;
- d) trastorno esquizoide de la personalidad; o
- e) trastorno histriónico de la personalidad.

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

**23.** *Tratamiento* para una afección relacionada que resulte de afecciones y trastornos adictivos.

**24.** *Tratamiento* para una afección que resulte del uso o abuso de cualquier tipo de sustancia o alcohol.

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

- a) contracepción quirúrgica, concretamente:
  - > vasectomía, esterilización o implantes;
- b) contracepción no quirúrgica, concretamente:
  - > píldoras o preservativos;
- c) planificación familiar, concretamente:
  - > cita con un *médico* para hablar del embarazo o la contracepción.

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

**27.** *Tratamiento* que pretende cambiar la refracción de uno o ambos ojos, incluidos el *tratamiento* láser, la queratectomía refractiva y la queratectomía fotorrefractiva. Téngase en cuenta que sí pagaremos por un *tratamiento* que corrija o restaure la visión si es necesario por una

enfermedad, dolencia o *lesión* (como cataratas o desprendimiento de retina).

**28.** *Cirugía* de reasignación de sexo, que incluye procedimientos electivos y cualquier asesoramiento *médico* o psicológico para prepararse para dicha *cirugía* o posterior a esta, a menos que la ley estatal o federal exija dicha cobertura. Cubriremos los servicios de salud conductual *médicamente necesarios*, incluidos, con carácter meramente enunciativo, asesoramiento para la disforia de género y afecciones psiquiátricas relacionadas (como ansiedad y depresión) y terapia hormonal *médicamente necesaria*.

**29.** *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) La práctica de un hobby o una actividad deportiva peligrosa, incluidos, entre otros, los deportes de invierno fuera de pista (incluidos el esquí, el esquí de travesía, el snowboard, el heliesquí o el heliboarding), salto base o puenting, paracaidismo, salto de acantilados o clavado de gran altura, montañismo o escalada, escalada en solitario (sin arneses ni cuerdas), espeleología, carreras de senderos o montañas, deportes de motor, deportes ecuestres (por ejemplo, carreras de caballos, saltos ecuestres o polo), caza, monta de toros o corridas de toros, parkour, powerlifting (levantamiento de potencia), surfing o kitesurfing, descenso de ríos.
- c) submarinismo a solas; o
- d) 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.

**Nota:** Los deportes de invierno practicados en pistas balizadas (en pista) no se consideran actividades deportivas peligrosas. El *tratamiento* médicamente necesario no quedaría excluido como resultado de una *lesión* sufrida siempre que las actividades deportivas de invierno en pista no se realicen a nivel de competición o profesional.

El senderismo, y el excursionismo realizado en senderos definidos en pista no se consideran actividades deportivas peligrosas siempre que no se requiera equipo especial (como el uso de cuerdas, arnés, mosquetón, crampones y equipo protector de escalamiento). Los tratamientos médicamente necesarios tras cualquier lesión sufrida durante estas actividades no peligrosas estarán cubiertos por la prestación de hospitalización, hospital de día o ambulatoria correspondiente.

**30.** *Tratamiento* que (en nuestra opinión razonable) sea experimental o para el cual 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 recete con unos fines para los cuales no haya obtenido licencia o no se haya aprobado en el país en el que se receta.

**31.** Cualquier forma de *tratamiento cosmético* o reconstructivo, y cualquier complicación derivada, cuyo objetivo sea modificar o mejorar la apariencia, incluso por razones psicológicas, a menos que el *tratamiento* sea *médicamente necesario* y sea como resultado directo de una enfermedad o una *lesión* sufrida por el *beneficiario*, o como resultado de la *cirugía*.

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

**33.** Cualquier gasto para:

- a) los medicamentos para adelgazar y ayudas para adelgazar, no están cubiertos aunque los haya prescrito para el control del peso un médico o se les reconozcan efectos terapéuticos.
- b) suplementos (como preparados para lactantes y productos cosméticos) o sustancias disponibles de forma natural, como vitaminas, minerales y sustancias orgánicas, recogidos sin receta médica (de venta libre) o mediante prescripción médica.

No obstante, cubriremos algunos suplementos y vitaminas en caso de necesidad médica para tratar síndromes de carencia vitamínica diagnosticados, como la carencia de hierro, la anemia o el ácido fólico durante el embarazo.

**34.** Trasplantes de órganos y cualquier tratamiento o supervisión relacionada. Además, no cubriríamos los costos relacionados con cualquier donación de células, organismos o tejidos con fines de trasplante o implantación (sin importar de dónde provenga la donación), como:

- a) órganos mecánicos o animales;
- 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.

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

- a) un estudio del sueño; y
- b) el alquiler de equipamiento, como una máquina de la presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés) (solo si se contrata la opción de cobertura adicional Atención ambulatoria y bienestar en su póliza).

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

**36.** 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:

- a) tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o superior y se le ha diagnosticado obesidad mórbida;
- b) puede proporcionar pruebas documentadas de otros métodos de pérdida de peso que haya estado intentando durante los últimos 24 meses; y

- c) haya pasado por una evaluación psicológica que haya confirmado que es apropiado para someterse al procedimiento.

**37.** 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.

**38.** Tratamiento relacionado directamente con la gestación por sustitución.

**39.** *Tratamiento* relacionado directa o indirectamente con anomalías, malformaciones, enfermedades, dolencias o *lesiones* presentes al nacer (defectos congénitos), sean o no evidentes en el momento del parto.

# SECCIÓN 3: DEFINICIONES

Las palabras y frases establecidas a continuación tienen los significados especificados. Cuando dichas palabras y frases se utilicen con estos significados, aparecerán en cursiva en estas *Normas de la póliza* y en la Guía del cliente, incluyendo 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.

**Afección congénita:** cualquier anomalía, deformidad, enfermedad, padecimiento o *lesión* presente desde el nacimiento, tanto diagnosticada como no.

**Afección preexistente:** cualquier enfermedad, padecimiento o *lesión*, o los síntomas presentes antes de la *fecha de entrada en vigor inicial* relacionados con dicha enfermedad, padecimiento o *lesión*:

- > para la cual se ha buscado o recibido asesoramiento *médico* o *tratamiento*; o
- > que el *beneficiario* conocía, pero no buscó asesoramiento ni *tratamiento médico*.

**Área de cobertura:** se refiere a su país de residencia habitual y su país de nacionalidad. Para que no haya lugar a dudas, se trata del país de residencia habitual y el país de nacionalidad del titular de la póliza.

**Autorización previa/acuerdo previo:** se refiere al proceso formal de ponerse en contacto con nosotros para obtener confirmación de que el tratamiento médico estará cubierto y de que el centro sanitario en cuestión es un proveedor médico aprobado por Cigna Healthcare que cumple con los estándares de calidad de Cigna Healthcare. La aprobación por nuestra parte se basará en el proceso de revisión de necesidades médicas que lleva a cabo nuestro equipo médico y podremos emitir una garantía de pago, si es necesario, como parte de dicha revisión. El tratamiento médico que requiere autorización previa se indica claramente en la lista de prestaciones de su guía del cliente. Si no obtenemos la autorización previa requerida por nuestra parte, se reducirá el importe que abonaremos por dicho tratamiento.

**Beneficiarios, beneficiario:** cualquier persona mencionada en su *Certificado de seguro* y que

reciba cobertura bajo esta *póliza*, entre ellas niños recién nacidos.

**Certificado de seguro:** el certificado emitido al *tomador del seguro*. Este documento muestra el número de *póliza*, la prima anual, la *fecha de entrada en vigor*, el importe de franquicia (si se selecciona), el importe de coste compartido (si se selecciona), el desembolso máximo (si se puede aplicar), los detalles de quién está cubierto y cualquier exclusión o exclusiones especiales que se hayan retirado con una prima adicional y el plan de salud y opciones seleccionadas (si las hubiera) que se aplican.

**Cigna, nosotros, nos, nuestro/a, el asegurador:** ver la página 3 de estas *Normas de la póliza* para ver más detalles del *asegurador* Cigna que proporciona 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):** una instalación de asistencia *médica* que está registrada o tiene licencia en el país en el que está ubicada, principalmente para proporcionar cuidados a los pacientes de *asistencia ambulatoria* y donde los cuidados o supervisión se llevan a cabo por un *médico*.

**Cobertura principal:** incluye todos los aspectos del tratamiento en régimen hospitalario y en consultas externas incluidos en la lista de prestaciones. No incluye los módulos opcionales que usted puede elegir.

**Cosmética:** servicios, procedimientos o productos que se suministran principalmente para fines

estéticos y que no son necesarios para mantener un nivel aceptable de salud.

**Cónyuge:** el marido o mujer legal de un *beneficiario*, o su pareja de hecho, que hemos aceptado para la cobertura bajo esta *póliza*.

**Datos de categorías especiales:** *datos personales* que revelan el origen racial o étnico, opiniones políticas, creencias religiosas o filosóficas o afiliación sindical, datos genéticos o datos biométricos con el fin de identificar unívocamente a una persona física, datos relativos a la salud y datos sobre la vida sexual u orientación sexual de una persona.

**Datos personales:** cualquier información relacionada con una persona física identificada o identificable.

**Dentista:** cirujano dental o profesional dental que esté registrado o con licencia como tal bajo las leyes del país, estado u otra zona regulada en la que se suministra el *tratamiento*.

**Dispositivo protésico:** un miembro artificial o herramienta que sea necesario para o en relación con *cirugía*; que sea una parte necesaria del *tratamiento* inmediatamente después de la intervención quirúrgica durante el tiempo que sea *médicamente necesario*; que sea médicamente necesario y sea parte del proceso de recuperación a corto plazo.

**Doctor:** un profesional *médico* registrado y con licencia bajo las leyes del estado, país o zona regulada para practicar la medicina en el país en el que suministra el *tratamiento*.

**Documentos de pólizas:** la documentación relacionada con la *póliza*, que consta de estas *Normas de la póliza*, la Guía del cliente, su *Certificado de seguro* y su tarjeta de identidad de *Cigna*.

**EE. UU.:** los Estados Unidos de América y sus territorios.

**Enfermedad(es):** se refiere a cualquier afección, dolencia o lesión que se le diagnostique a un *beneficiario*.

**Enfermero cualificado:** un enfermero que esté registrado o con licencia como tal bajo las leyes del país, estado u otra zona regulada en el que se suministra el *tratamiento*.

**Expatriado:** significa un *beneficiario* que resida fuera de su *país de nacionalidad*.

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

**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:** el aniversario de la *fecha de entrada en vigor*.

**Garantía de pago:** una garantía vinculante ofrecida por nosotros de pagar a un proveedor los costes acordados asociados con un *tratamiento* particular que podamos suministrar a un *beneficiario* o un *hospital, clínica o profesional médico*.

**Hospital:** cualquier organización o institución que esté registrada o con licencia como *hospital médico* o quirúrgico en el país en el que está ubicado y donde el *beneficiario* se encuentra durante los cuidados diarios o supervisión de un *profesional médico* o *enfermero cualificado*.

**Hospitalario:** un paciente que ha sido ingresado en el *hospital* y que ocupa una cama durante una o más noches debido a razones médicas.

**Intervalos de edad correspondientes:** niños y adolescentes hasta los diecisiete años tal y como lo establece la **American Academy of Pediatrics (AAP)**.

**Lesión:** una *lesión* física.

**Médicamente necesario/necesidad médica:** los servicios y suministros médicamente necesarios son aquellos que de acuerdo con las Directrices Clínicas Internacionales el equipo *médico* determine que sean:

- > necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, *lesión*, padecimiento o sus síntomas;
- > ortodoxos, y según las normas generalmente aceptadas en la *práctica médica*;
- > clínicamente apropiados en cuanto a tipo, frecuencia, medida, lugar y duración;
- > no principalmente para la conveniencia del *beneficiario*, *médico* u otro *hospital*, *clínica* o *profesional médico*; y
- > prestados en el nivel menos intensivo que sea apropiado para el suministro de los servicios y abastecimientos.

Cuando proceda, el equipo *médico* puede comparar la relación coste-eficacia de servicios, entornos o suministros alternativos cuando determine cuál es el entorno menos intenso.

**Médico:** un *médico* o especialista que está registrado o con licencia para practicar la medicina bajo las leyes del país, estado u otra zona regulada en la que se suministra el *tratamiento*, y que no está cubierto bajo esta *póliza* ni por un miembro de la familia de alguien cubierto bajo esta *póliza*.

**Normas de la póliza:** los términos y condiciones, exclusiones generales y términos definidos que rigen este *póliza*.

**Paciente ambulatorio:** un paciente que va a un *hospital*, consultorio o *clínica* ambulatoria para *tratamiento* y que no es ingresado como *paciente diurno* ni como *paciente hospitalario*.

**Paciente diurno:** un paciente que haya ingresado en el *hospital*, una unidad diurna u otras instalaciones médicas para *tratamiento* o debido a que necesite un periodo de recuperación supervisada por un *médico*, pero que no ocupa una cama durante la noche. Esto también incluye procedimientos quirúrgicos llevados a cabo en un consultorio *médico*.

**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*.

**Periodo de cobertura:** los doce (12) meses continuos durante los cuales los *beneficiarios*

están cubiertos bajo esta *póliza*, y se trata del periodo desde la *fecha de entrada en vigor* hasta la *fecha de finalización*, tal como se indica en el *Certificado de seguro*, o antes, si se cancela según las *Normas de la póliza*.

**Póliza:** la *póliza* que conforma 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*.

**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.

**Reino Unido:** el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

**Servicio de asistencia médica:** un servicio que proporciona asesoramiento *médico*, evacuación, asistencia y repatriación de conformidad con las Directrices Clínicas Internacionales. Este servicio puede ser multilingüe y la asistencia está disponible veinticuatro (24) horas al día.

**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 mediante nuestros vendedores telefónicos) y cualquier informe que haya hecho durante su inscripción para él y cualquier beneficiario incluido en la *solicitud*.

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

**Tomador del seguro:** una persona con 18 años o más que nos ha hecho llegar una *solicitud* que ha sido aceptada mediante notificación escrita por nuestra parte y que paga la prima bajo la *póliza*.

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

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

- > el National Institute for Health and Clinical Excellence; o
- > Directrices Clínicas Internacionales.

**Tratamiento de urgencia:** *tratamiento médicamente necesario* para evitar los efectos inmediatos y significativos de enfermedades, lesiones o afecciones que, si no se tratan, pueden resultar en un importante empeoramiento de la salud. Solo se cubrirá el *tratamiento médico* mediante un *médico, profesional médico* y hospitalización que empiece en un plazo de veinticuatro (24) horas desde la urgencia.

**Usted, su, sus:** el *tomador del seguro*.

**Vademécum:** una lista de fármacos con receta aplicable a todas las solicitudes de reembolso de farmacia en los *EE. UU.* Cigna ha elaborado esta lista con ayuda de nuestro Comité de Farmacia y Tratamientos y se actualiza dos veces al año. Todos los medicamentos incluidos en *nuestro vademécum* están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA). Los medicamentos de venta libre (aquellos que no requieren receta), excepto la insulina, están excluidos de *nuestro vademécum*, a menos que la ley estatal o federal exija la cobertura de dichos medicamentos. *Le notificaremos* cualquier cambio que afecte a la cobertura de un medicamento que esté *usted* tomando en el momento de la actualización.



Para las pólizas negociadas a través de nuestra oficina de Dubai International Finance Centre, bajo la licencia de seguro de Cigna Global Insurance Company Limited, el agente autorizado para emitir pólizas es Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, una entidad regulada por la Dubai Financial Services Authority.

Los logotipos de "Cigna Healthcare" y el "Tree of Life" son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., con licencia de uso de The Cigna Group y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios se ofrecen por o a través de dichas subsidiarias, y no por The Cigna Group. En dichas subsidiarias se 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 General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare. Todos los derechos reservados.

Cigna Close Care<sup>SM</sup> Normas de la póliza CGIC ES 09/2024