



# Formulario de solicitud de Cigna Close Care<sup>SM</sup>

¡Hola! Nos alegramos de que haya  
decidido unirse a nosotros



Cumplimente este formulario de solicitud en LETRAS MAYÚSCULAS y después envíenoslo. Nuestros datos de contacto se encuentran al final del formulario.

Por motivos legales, deberá indicar a continuación en la Sección A si usted o cualquier otra persona cubierta por esta póliza es una persona políticamente expuesta. Es decir, alguien que desempeña o ha desempeñado una responsabilidad pública de importancia, por ejemplo, un miembro de una familia real, un jefe de Estado, un funcionario judicial, un político, un oficial militar, etc. Este requisito se aplica únicamente para las pólizas negociadas a través de nuestra oficina de Dubai International Finance Centre.

## SECCIÓN A

### DATOS DEL SOLICITANTE

Todas las personas cubiertas por la póliza, incluidos el tomador principal del seguro y cualquiera de sus dependientes deberán cumplimentar esta sección.

### TOMADOR DEL SEGURO

Deberá notificarnos cualquier cambio en sus datos de contacto para que pueda seguir recibiendo nuestra correspondencia.

Tratamiento	Nombre		Otros nombres		Apellido		
Sexo	Hombre	Mujer	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)				
¿Es usted una persona políticamente expuesta? (Ver la explicación más arriba)	Sí	No	Profesión				
¿Reside actualmente en Estados Unidos?	Sí	No					
<b>En caso afirmativo, indique el Estado:</b>			<b>De no ser así, vaya a la pregunta sobre Nacionalidad</b>				
Indique su dirección en Estados Unidos en caso de que actualmente resida en algunos de los siguientes Estados: AZ, CA, CT, DC, FL, IL, IN, KS, LA, MI, NH, OH, SC, TN, TX, UT, VA. De no ser así, vaya directamente a la pregunta sobre Nacionalidad							
Domicilio							
Ciudad		Estado		Código postal			
Nacionalidad (¿cuál es la nacionalidad de su pasaporte principal?)							
Ubicación (el país donde reside o residirá durante la mayor parte del periodo de cobertura)							
Domicilio en el país de residencia (si se conoce)							
Línea de dirección 1							
Línea de dirección 2							
Línea de dirección 3							
País				Código postal			
Dirección de correspondencia (si el solicitante es un ciudadano de Estados Unidos, la dirección debe ser fuera de Estados Unidos)							
Línea de dirección 1							
Línea de dirección 2							
Línea de dirección 3							
País				Código postal			
Número de teléfono durante el día (código de país y número)		Número de teléfono móvil (código de país y número)			Fax (código de país y número)		
Dirección de correo electrónico							
Estatura:	Pies	Pulgadas	Centímetros	Peso:	Stones	Libras	Kilogramos
¿Ha fumado o consumido tabaco o productos sustitutos de la nicotina en los últimos 12 meses?						Sí	No
<b>En caso afirmativo, ¿cuántos al día?</b>		Menos de 20 al día		20 o más al día		Sustitutivos de la nicotina	

**DEPENDIENTE 1**

Tratamiento	Nombre	Otros nombres	Apellido
Relación con el tomador del seguro	Sexo	Hombre	Mujer
¿Es usted una persona políticamente expuesta? (Ver la explicación más arriba)			Sí No
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Profesión	Nacionalidad (¿cuál es la nacionalidad de su pasaporte principal?)	
Ubicación (su país de residencia habitual, que debe ser el mismo que el del titular de la póliza)			
Dirección de correo electrónico			
Estatura: Pies	Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿Ha fumado o consumido tabaco o productos sustitutivos de la nicotina en los últimos 12 meses?			Sí No
<b>En caso afirmativo, ¿cuántos al día?</b>	<b>Menos de 20 al día</b>	<b>20 o más al día</b>	<b>Sustitutivos de la nicotina</b>

**DEPENDIENTE 2**

Tratamiento	Nombre	Otros nombres	Apellido
Relación con el tomador del seguro	Sexo	Hombre	Mujer
¿Es usted una persona políticamente expuesta? (Ver la explicación más arriba)			Sí No
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Profesión	Nacionalidad (¿cuál es la nacionalidad de su pasaporte principal?)	
Ubicación (su país de residencia habitual, que debe ser el mismo que el del titular de la póliza)			
Dirección de correo electrónico			
Estatura: Pies	Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿Ha fumado o consumido tabaco o productos sustitutivos de la nicotina en los últimos 12 meses?			Sí No
<b>En caso afirmativo, ¿cuántos al día?</b>	<b>Menos de 20 al día</b>	<b>20 o más al día</b>	<b>Sustitutivos de la nicotina</b>

**DEPENDIENTE 3**

Tratamiento	Nombre	Otros nombres	Apellido
Relación con el tomador del seguro	Sexo	Hombre	Mujer
¿Es usted una persona políticamente expuesta? (Ver la explicación más arriba)			Sí No
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Profesión	Nacionalidad (¿cuál es la nacionalidad de su pasaporte principal?)	
Ubicación (su país de residencia habitual, que debe ser el mismo que el del titular de la póliza)			
Dirección de correo electrónico			
Estatura: Pies	Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿Ha fumado o consumido tabaco o productos sustitutivos de la nicotina en los últimos 12 meses?			Sí No
<b>En caso afirmativo, ¿cuántos al día?</b>	<b>Menos de 20 al día</b>	<b>20 o más al día</b>	<b>Sustitutivos de la nicotina</b>

**DEPENDIENTE 4**

Tratamiento	Nombre	Otros nombres	Apellido
Relación con el tomador del seguro	Sexo	Hombre	Mujer
¿Es usted una persona políticamente expuesta? (Ver la explicación más arriba)			Sí No
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Profesión	Nacionalidad (¿cuál es la nacionalidad de su pasaporte principal?)	
Ubicación (su país de residencia habitual, que debe ser el mismo que el del titular de la póliza)			
Dirección de correo electrónico			
Estatura: Pies	Pulgadas	Centímetros	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿Ha fumado o consumido tabaco o productos sustitutivos de la nicotina en los últimos 12 meses?			Sí No
<b>En caso afirmativo, ¿cuántos al día?</b>	<b>Menos de 20 al día</b>	<b>20 o más al día</b>	<b>Sustitutivos de la nicotina</b>

## SECCIÓN B

### DATOS DEL SOLICITANTE

¿Cuándo desea que comience la cobertura? (DD/MM/AAAA)

### COBERTURA PRINCIPAL

Elija el importe de la franquicia	<b>0 \$</b>	<b>375 \$</b>	<b>750 \$</b>	<b>1500 \$</b>	<b>3000 \$</b>	<b>7500 \$</b>	<b>10.000 \$</b>
	<b>0 €</b>	<b>275 €</b>	<b>550 €</b>	<b>1100 €</b>	<b>2200 €</b>	<b>5500 €</b>	<b>7400 €</b>
	<b>0 £</b>	<b>250 £</b>	<b>500 £</b>	<b>1000 £</b>	<b>2000 £</b>	<b>5000 £</b>	<b>6650 £</b>

A continuación, elija el porcentaje de copago

<b>Sin copago</b>	<b>10 %</b>	<b>20 %</b>	<b>30 %</b>
-------------------	-------------	-------------	-------------

Elija el desembolso máximo (Es decir, la cantidad máxima de copago de acuerdo a la Cobertura Principal que deberá abonar en caso de una o varias solicitudes de reembolso por periodo de cobertura).	<b>2000 \$</b>	<b>5000 \$</b>
	<b>1480 €</b>	<b>3700 €</b>
	<b>1330 £</b>	<b>3325 £</b>

### COBERTURAS COMPLEMENTARIAS

¿Le gustaría mejorar su plan con alguna de las opciones siguientes?

#### Cuidado y Bienestar y Atención Ambulatoria

Sí  No

#### Franquicia

<b>0 \$</b>	<b>150 \$</b>	<b>500 \$</b>	<b>1000 \$</b>	<b>1500 \$</b>
<b>0 €</b>	<b>110 €</b>	<b>370 €</b>	<b>700 €</b>	<b>1100 €</b>
<b>0 £</b>	<b>100 £</b>	<b>335 £</b>	<b>600 £</b>	<b>1000 £</b>

**Copago por franquicia** (se aplica un desembolso máximo de 3000 \$/ 2200 €/ 2000 £ a los copagos en las prestaciones de Atención Ambulatoria y Cuidado y Bienestar)

**Sin copago** **10 %** **20 %** **30 %**

#### Tratamiento y cuidado dental

Sí  No

#### Cobertura en Estados Unidos (aplicable solamente a los ciudadanos estadounidenses)

Sí  No

Si usted es ciudadano estadounidense y no selecciona la opción de cobertura en Estados Unidos, no tendrá cubiertas las estancias breves a su país.

Tenga en cuenta que las opciones Cuidado y Bienestar y Atención Ambulatoria, Tratamiento y Cuidado Dental y Cobertura en Estados Unidos solo pueden comprarse con su Cobertura Principal.

El plan escogido se aplicará a todos los dependientes.

El plan escogido solo podrá cambiarse a la hora de renovar la póliza. Si desea aumentar el nivel de cobertura a la hora de renovar la póliza, es posible que se apliquen periodos de carencia y suscripción médica completa y es posible que deba pagar un importe adicional por la prima.

# SECCIÓN C

## CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE SALUD

Infórmenos sobre su historial médico pasado y presente y el de cada persona nombrada en la Sección A. Si marca Sí en una pregunta, proporcione detalles completos en la Sección D.

Una vez que haya enviado su solicitud, es posible que necesitemos contactarlo para obtener más información antes de que podamos finalizar su cobertura.

La tergiversación imprudente o deliberada podría dar lugar a que Cigna Healthcare rechace las reclamaciones y/o cancele la cobertura. Si necesita ayuda para completar su aplicación, por favor contáctenos. Si no está seguro de la respuesta a alguna pregunta, debe realizar las consultas necesarias para poder brindar una respuesta precisa.

Tenga en cuenta que si ha divulgado información médica en una llamada o correspondencia anterior, se le pedirá que divulgue esta información nuevamente. al contestar el siguiente cuestionario médico

### SU PLAN

	¿Alguno de los solicitantes ha recibido tratamiento, se ha sometido a pruebas o estudios o se le ha diagnosticado o ha tenido algún síntoma de los detallados a continuación?		Tomador del seguro		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1	<b>Diabetes y otros trastornos endocrinos (glandulares)</b> p. ej. trastorno tiroideo, problemas de peso, gota, patologías de la glándula pituitaria o suprarrenales		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
2	<b>Enfermedades cardíacas</b> o circulatorias p. ej. dolor en el pecho, infarto de miocardio, hipertensión arterial, enfermedad vascular, enfermedad coronaria, angina de pecho, ritmo cardíaco irregular, aneurisma o soplo cardíaco.		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
3	<b>Cáncer, tumores o bultos</b> incluidos pólipos, quistes o bultos en las mamas.		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
4	<b>Problemas musculoesqueléticos</b> p. ej. dolor de espalda, traumatismo cervical, artritis, problemas o dolores articulares, gota, fracturas, problemas de cartílagos, tendones o ligamentos.		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
5	<b>Asma, alergias o enfermedades respiratorias</b> p. ej. infecciones en el pecho, neumonía, bronquitis, dificultad para respirar, rinitis, tuberculosis, enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica.		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
6	<b>Problemas de vesícula, estómago, intestinales, gástricos o hepáticos</b> p. ej. síndrome de intestino irritable, colitis, enfermedad de Crohn, úlceras gástricas o pépticas, reflujo, dispepsia, acidez estomacal, cálculos biliares, hernia, hemorroides o hepatitis.		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
7	<b>Trastornos cerebrales o neurológicos</b> p. ej. esclerosis múltiple, epilepsia o convulsiones, accidente cerebrovascular, migrañas, cefaleas recurrentes o intensas, meningitis, herpes o dolor neurálgico.		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
8	<b>Problemas cutáneos</b> p. ej. eccema, acné, lunares, sarpullidos, reacciones alérgicas, quistes, dermatitis o psoriasis		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
9	<b>Enfermedades de la sangre, infecciosas o enfermedades inmunitarias</b> p. ej. colesterol alto, anemia, malaria, VIH o lupus eritematoso sistémico.		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
10	<b>Trastornos urinarios o reproductivos</b> p. ej. infecciones del tracto urinario, problemas renales, fibromas, menstruación dolorosa, irregular o abundante, problemas de fertilidad, síndrome de ovario poliquístico, endometriosis, problemas testiculares o prostáticos.		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

## SU PLAN (CONTINUACIÓN)

¿Alguno de los solicitantes ha recibido tratamiento, se ha sometido a pruebas o estudios o se le ha diagnosticado o ha tenido algún síntoma de los detallados a continuación?		Tomador del seguro		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4	
11	<b>Ansiedad, depresión, trastornos psiquiátricos o psicológicos</b> incluidos trastornos de la alimentación, trastorno de estrés postraumático, alcoholismo o drogadicción.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
12	<b>Problemas de oído, nariz, garganta, ojos o dentales</b> p. ej. infecciones del oído, problemas sinusales, amígdalas y adenoides, cataratas, glaucoma, problemas con muelas del juicio.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
<b>Responda también a las siguientes preguntas:</b>											
13	¿Alguno de los asegurados tiene algún síntoma, enfermedad o trastorno que no se haya mencionado? Incluya los detalles de cualquier trastorno conocido o sospechado, se haya consultado o no con un médico y exista o no un diagnóstico.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
14	¿Algún asegurado toma medicación, recibe un tratamiento de cualquier clase o espera recibir un examen o un seguimiento de cualquier problema médico actual o pasado que no se haya mencionado antes?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

# SECCIÓN D

## INFORMACIÓN DE SALUD ADICIONAL

Si ha respondido 'Sí' a alguna de las preguntas de la Sección C, facilítenos más información. Si tiene dudas respecto a si los detalles son relevantes, inclúyalos igualmente. Si no tiene suficiente espacio, adjunte una hoja adicional.

	Sección C Número de pregunta	El nombre de la enfermedad o el problema médico. Indique la parte del cuerpo afectada, si procede (p. ej. brazo izquierdo, pie derecho).	¿Cuándo tuvieron lugar los síntomas y cuándo fue la última vez?	¿Qué tratamiento se administró? (Incluya los detalles de la medicación y las fechas de inicio y fin del tratamiento).	¿Cuál es el estado actual de la enfermedad o el problema médico? (P. ej. en curso, concluido, en recuperación, recurrente o con probabilidad de recurrencia).
TOMADOR DEL SEGURO					
Dependiente I					
Dependiente 2					
Dependiente 3					
Dependiente 4					

## SECCIÓN E

### DECLARACIÓN PARA TODOS LOS CLIENTES

Por la presente declaro que he tomado las precauciones razonables para responder todas las preguntas de manera precisa, honesta y completa. Reconozco que si no contesto todas las preguntas de manera precisa y completa como resultado de mi descuido o como resultado de una tergiversación deliberada o imprudente, Cigna Healthcare puede rechazar reclamaciones y/o cancelar la cobertura según los términos y condiciones de esta póliza.

Todas las personas cubiertas por esta póliza están obligadas a responder a nuestras preguntas de una forma fiel, sincera y completa. Aunque el incumplimiento de esta obligación por parte de una persona cubierta por la póliza puede afectar a la cobertura o al pago de sus solicitudes de reembolso, no afectará a la cobertura o al pago de las solicitudes de reembolso de otra de las personas cubiertas por la póliza, salvo que dicha persona también haya efectuado declaraciones de forma descuidada, deliberada o imprudente con relación a nuestras preguntas. Manifiesto y garantizo que cuento con la autorización de todas las personas cubiertas para darles a conocer a ustedes su información personal, incluidos los datos personales de carácter confidencial (por ejemplo, información médica) contenidos en este formulario. Confirmando que todas las personas cubiertas por la póliza están informadas de su obligación a la hora de responder las preguntas de una forma fiel, sincera y completa y a su entender.

**(Tenga en cuenta que, si declara lo anterior en representación de otra persona, está obligado a conservar las pruebas del consentimiento de las declaraciones y consentimientos de sus familiares cubiertos en el presente documento).**

Por la presente autorizo a Cigna Healthcare a que la cobertura dé comienzo en la fecha de cobertura o la fecha acordada. En el caso de que se descubra que yo, o cualquiera de las personas cubiertas por la póliza, hemos facilitado información falsa o inexacta de manera deliberada o imprudente, Cigna Healthcare podría revocar el contrato de seguro en lo que respecta a la persona cubierta o a mí, así como rechazar todas las solicitudes de reembolso, sin devolver las primas pagadas, excepto donde no fuera necesario retener las primas. He leído detenidamente y he entendido las Normas de la póliza y la Guía del cliente y acepto respetarlas, ya que forman parte de mi contrato de seguro.

Firma	
Fecha (DD/MM/AAAA)	
Si usted firma en representación del tomador principal de la póliza, firme a continuación para indicar que garantiza y manifiesta que ha leído la declaración anterior y tiene la potestad para suscribir el presente contrato:	
Firma	
Fecha (DD/MM/AAAA)	
Seleccione su relación con el tomador principal del seguro	<input type="checkbox"/> Corredor <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Otra (especificar)

### AVISO DE FRAUDE

Cualquier persona que, de forma deshonesta y con la intención de obtener beneficios para ella misma o causar pérdidas a otra persona, o exponer a otra persona al riesgo de sufrir pérdidas: (1) realice una solicitud de seguro o presente una solicitud de reembolso de una póliza, que contenga información a sabiendas de que es falsa o engañosa; o que (2) al solicitar un seguro o presentar una solicitud de reembolso bajo una póliza con deshonestidad y con la intención de lograr un beneficio para ella misma o causar pérdidas a otra, o que expone a otra persona al riesgo de pérdidas por no revelar la información que se le ha solicitado, comete un fraude. Cualquier solicitud de reembolso o solicitud de seguro que sospechemos fraudulenta será investigada. Cometer fraude puede desembocar en la resolución de la póliza y el impago de cualquier solicitud de reembolso realizada conforme a ella. Además, a efectos de la detección y prevención del fraude, podemos compartir la información referente al presunto fraude con otras compañías de seguros y/o con las autoridades competentes.

### CÓMO UTILIZAMOS SU INFORMACIÓN

Recopilaremos, utilizaremos, almacenaremos y revelaremos sus datos personales, incluida la información confidencial (en concreto, la información referente a su historia médica y cualquier tratamiento médico al que esté sometido actualmente o se le haya administrado), de conformidad con la legislación vigente de protección de datos personales. Recopilamos y utilizamos sus datos personales, incluida la información confidencial, a efectos de cumplir nuestras obligaciones en virtud de este seguro.

Es posible que compartamos su información, incluida la información confidencial, con otras empresas de Cigna Healthcare y profesionales sanitarios autorizados, cuando sea necesario cumplir nuestras obligaciones en virtud del plan. Esta declaración también se aplica a los datos personales de cualquier beneficiario mencionado en este formulario de solicitud.

Tiene derecho a solicitar una copia de sus datos personales que obran en nuestro poder, y los beneficiarios de la póliza tienen derecho a solicitar una copia de los datos personales que tenemos sobre ellos. La provisión de esta información puede estar sujeta a un pago.

Acepto la recopilación, el uso y la divulgación de mis datos personales y de categoría especial por parte de Cigna Healthcare para los fines recogidos en el contrato de seguro que he suscrito.

### OFERTAS ESPECIALES, PROMOCIONES, PRODUCTOS Y SERVICIOS

Nos gustaría seguir en contacto con usted para mantenerle informado acerca de nuestras ofertas especiales, promociones, productos y servicios que consideramos de interés para usted.

Marque esta casilla si desea recibir esta información	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cómo desea que contactemos con usted?	<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono

## SECCIÓN F

### Datos de pago

Esta página, incluidos los datos de su tarjeta, se eliminará de forma segura en el momento en que se haya tramitado su solicitud y se hayan almacenado de forma segura sus datos de pago.

#### DATOS DE PAGO DE SU PRIMA

Moneda de pago	<input type="checkbox"/> Dólar estadounidense	<input type="checkbox"/> Euro	<input type="checkbox"/> Libra esterlina		
Frecuencia de pago	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual		
Modo de pago	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito/débito	<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria (solamente para pagos anuales) (Le llamaremos para facilitarle los datos pertinentes cuando recibamos la solicitud)			
Número de tarjeta de crédito o débito					
Tipo de tarjeta	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Visa Débito	<input type="checkbox"/> Visa Electron	<input type="checkbox"/> American Express
Nombre tal y como aparece en la tarjeta					
Fecha de inicio de la tarjeta (MM/AA)			Fecha de caducidad de la tarjeta (MM/AA)		
Código de seguridad (el número de tres dígitos que figura en el reverso de la mayoría de las tarjetas; en las tarjetas American Express es el número de cuatro dígitos en la parte derecha del anverso de la tarjeta)					
Confirme que la tarjeta de pago pertenece al tomador de la póliza				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si el titular de la tarjeta no es el tomador de la póliza, indique la relación con el tomador	<input type="checkbox"/> Otro beneficiario	<input type="checkbox"/> Empresa	Nombre de la empresa		
	<input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja	<input type="checkbox"/> Otro	Relación		
	<input type="checkbox"/> Familiar				
Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta (DD/MM/AAAA)					
Nacionalidad del titular de la tarjeta					
¿La dirección de facturación es la misma que la de residencia que ha facilitado para la póliza?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es diferente, escriba la dirección de facturación completa					
Autorización de tarjeta de crédito: Autorizo a Cigna Healthcare a cargar en la cuenta de mi tarjeta de crédito/débito la prima de mi seguro médico (que se me notificará al aceptar la cobertura o renovación). Esto continuará hasta que cancele mi suscripción y, por tanto, se lo comunique a Cigna Healthcare por escrito, de conformidad con la documentación de las normas de la póliza.					
Firma del titular de la tarjeta				Fecha (DD/MM/AAAA)	

**Si necesita ayuda una vez completada la solicitud,  
contacte con nuestro equipo de ventas para corredores.**

**Correo electrónico: [cgi.sales@cigna.com](mailto:cgi.sales@cigna.com)**

**Teléfono: +44 (0) 1475 788 682**

**Número gratuito desde Estados Unidos: 1-877-539-6296**



For policies arranged through our Dubai International Finance Centre office, under insurance license Cigna Global Insurance Company Limited, the underwriting agent is Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited which is regulated by the Dubai Financial Services Authority.

"Cigna Healthcare" and the "Tree of Life" logo are registered service marks of Cigna Intellectual Property, Inc., licensed for use by The Cigna Group and its operating subsidiaries. All products and services are provided by or through such operating subsidiaries, and not by The Cigna Group. Such operating subsidiaries include Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. and Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2023 Cigna Healthcare