



Guía del cliente

# Seguro Cigna Close Care<sup>SM</sup>

Todo lo que necesita saber sobre su plan





**Mejora de la salud y la  
vitalidad de las personas  
a las que atendemos.**



# Índice

- 04** Bienvenido
- 05** Su Plan Cigna Close Care<sup>SM</sup>

## Descripción de los servicios

- 06** Nuestra atención al cliente
- 07** Nuestros servicios de salud integrales
- 08** Gestión clínica de casos
- 10** Aplicación Cigna Wellbeing<sup>®</sup>

## Información práctica

- 11** Su guía para recibir tratamiento
- 13** Cómo solicitar un reembolso
- 14** Su área del cliente en línea
- 15** Cómo funcionan el deducible y el coste compartido

## Lista de beneficios

- 17** Prestaciones de hospitalización y atención ambulatoria
- 27** Cuidado y Bienestar y Atención Ambulatoria
- 34** Tratamiento y cuidado dental

## Cómo ponerse en contacto con nosotros

Si tiene alguna pregunta sobre su póliza, necesita aprobación para recibir tratamiento o precisa de cualquier otro servicio, contacte con nuestro Equipo de Atención al Cliente, que está disponible 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año.\*



### UTILICE SU ÁREA DEL CLIENTE

Hable por chat con nosotros  
Envíenos un mensaje  
Pídanos que le llamemos



### LLÁMENOS

Internacional: **+44 (0) 1475 788 182**  
EE. UU.: **800 835 7677** (gratuito)  
Hong Kong: **2297 5210** (gratuito)  
Singapur: **800 186 5047** (gratuito)



O bien, escríbanos un correo a:  
**cignaglobal\_customer.care@cigna.com**

\*Para determinadas consultas, nuestro Servicio de Atención al Cliente puede dirigirle a nuestro equipo interno de especialistas, que está disponible en horario laboral (de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 h CET).

# Bienvenido

Bienvenido a su plan *Cigna Close Care<sup>SM</sup>* y gracias por elegir a *Cigna* como su socio de salud. Nuestra misión es mejorar la salud y la vitalidad de las personas a las que atendemos.



Red mundial de más de 2,2 millones de afiliados: acceso rápido y fácil a la atención médica en su zona de cobertura.



Para su comodidad, ofrecemos facturación directa en la mayoría de los casos si *usted* recibe *tratamiento* en un profesional sanitario de nuestra red.



Acceso a herramientas que incluyen nuestro Programa de Gestión de Casos Clínicos, aplicación Cigna Wellbeing® y su Área Privada de Asegurado en línea.



Le ponemos a *usted* y su familia en el centro de todo lo que hacemos. Póngase en contacto con *nuestro* Equipo de Atención al Cliente altamente experimentado las 24 horas al día.

## 1 Lea toda la documentación de la póliza.

Los siguientes documentos forman parte del contrato de seguro entre *usted* y nosotros para este período de cobertura. Los términos en *cursiva* tienen su significado especificado en la sección de Definiciones de las Normas de la Póliza.

- ☐ **Guía del cliente**
- ☐ **Normas de las pólizas**
- ☐ **Certificado de seguro**

Estos documentos están disponibles en su Área Privada de Asegurado segura en línea ([ver página I4](#)).

## 2 Descubra toda la cobertura que le ofrecemos.

Revise su *certificado de seguro* para saber exactamente qué beneficios opcionales puede haber añadido a su cobertura principal.

## 3 Descargue nuestra aplicación Cigna Wellbeing®.

Puede descargar la aplicación de forma gratuita a través de Google Play y Apple Store:

**Paso 1:** Busque «Cigna Wellbeing» en su App Store y descargue la aplicación;

**Paso 2:** Seleccione «Plan global individual» en el menú desplegable;

**Paso 3:** Regístrese con sus credenciales del Área del cliente.

[Consulte la página I0](#) para obtener más información sobre las funciones de la aplicación Cigna Wellbeing®.

# Su plan de Cigna Close Care<sup>SM</sup>



## Área de geográfica de cobertura

- El Plan Cigna Close Care<sup>SM</sup> le cubre en su país de residencia habitual y su país de nacionalidad. Esto significa que usted solo paga por la cobertura donde más la necesita, en el país en el que va a vivir y cuando regresa a su país para visitas temporales.
- Estas visitas temporales no podrán superar los 180 días por período de cobertura y el país de nacionalidad deberá estar dentro de la zona de cobertura.
- El área geográfica de cobertura de Estados Unidos solo se permite si se aplica alguna de las siguientes opciones:
  - La cobertura en Estados Unidos está incluida si el país de residencia habitual es Estados Unidos.
  - Los ciudadanos de Estados Unidos pueden optar por contratar la cobertura de Estados Unidos. Si el titular de la póliza no opta por contratar la cobertura Estados Unidos, los beneficiarios no tendrán cobertura en las visitas a casa.

## Prestación de urgencias fuera de la zona de cobertura

- Para mayor tranquilidad, cuando visite un lugar fuera de su área geográfica de cobertura, su plan incluye la cobertura de urgencias médicas.
- Los beneficiarios tendrán cobertura para el tratamiento de urgencia en régimen hospitalario externo o externo, o bien como ambulatorio (solo si se ha contratado la opción de Atención Ambulatoria y de Bienestar en su póliza) durante los viajes temporales, fuera de su área geográfica de cobertura.
- La cobertura está limitada a un período máximo de veintiún (21) días por viaje y a un máximo de cuarenta y cinco (45) días por período de cobertura para todos los viajes juntos. Lea los términos y las condiciones completos relativos a esta prestación en la cláusula 8.3 de las normas de su póliza.



## La cobertura de su prestación

- Su cobertura básica le cubre a usted de forma integral los tratamientos en régimen de hospitalización y ambulatorio.
- Cuando construya su plan Cigna Close Care<sup>SM</sup> a medida, podrá elegir las siguientes prestaciones opcionales para añadir a su cobertura básica: módulo de Atención Ambulatoria y de Bienestar y el módulo de tratamiento y atención odontológica.
- Para recordar qué prestaciones ha elegido, consulte su Certificado de seguro, disponible en su Área Privada de Asegurado.

## Limitación de enfermedad

- Su plan Cigna Close Care<sup>SM</sup> tiene un límite de enfermedad de 250.000 USD / 200.000 EUR / 165.000 GBP por beneficiario y período de cobertura.
- Incluye todas las solicitudes de reembolso pagadas en todas las secciones de los tratamientos hospitalarios, externos y ambulatorios relacionados con la enfermedad primaria.
- Para evitar dudas, excluye cualquier enfermedad preexistente. Para más información, consulte la lista de prestaciones en la [página 17](#).

# Nuestra atención al cliente

**Ponemos a las personas primero y nuestros equipos están volcados en proporcionarle el mejor nivel de servicio y atención.**



## Le ponemos a USTED es el centro de todo lo que hacemos.

- Usted podrá ponerse en contacto con *nuestro* experimentado equipo de Atención al cliente 24 horas al día.
- *Nuestros* centros de atención multilingües tratarán de responder a su llamada en 20 segundos.
- *Nuestro* objetivo es procesar su *garantía de pago* en el plazo de una hora tras recibir toda la documentación necesaria para evitar cualquier demora en su *tratamiento*.
- *Nuestro* objetivo es procesar las solicitudes de reembolso que usted presente en los cinco días hábiles siguientes a recibir toda la documentación necesaria.



## Usted tiene el control.

**Puede acceder a herramientas sencillas en línea para gestionar su póliza y presentar sus solicitudes de reembolso.**

- Puede encontrar más información sobre su Área del cliente en línea segura en la [página 14](#) de esta Guía del cliente.
- Tiene varias maneras de ponerse en contacto con nosotros, para que obtenga la ayuda que necesite de la manera más cómoda para usted.



**Chat en vivo**



**Llámenos o pida que le llamemos**



**Escríbanos por correo electrónico**

### Contact us

Call us

Worldwide:

[See toll-free local numbers](#)

Want us to call you back?

Request a call

Send us a message

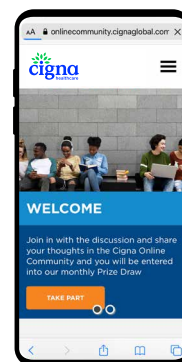
Email us



## Nos esforzamos constantemente para prestarle el mejor servicio.

**Nos esforzamos por mejorar continuamente nuestros planes de salud y servicios gracias a sus valoraciones.**

- Podemos invitarle a que nos dé su opinión sobre si estamos cumpliendo sus expectativas a través de las encuestas de Net Promoter Score.
- También podemos invitarle a que se una a *nuestra* exclusiva Comunidad en línea para entablar una conversación con usted sobre aquello que le importa (según su ubicación).



Puede encontrar más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros en la [página 3](#) de esta Guía del cliente.

# Nuestros servicios de salud integrales

Somos su **SOCIO DE SALUD INTEGRAL** y estamos aquí para apoyar el bienestar de su viaje.



Puede acceder a nuestro programa de Gestión clínica de casos contactando con nuestro equipo de Atención al cliente.

## Acceda a nuestro equipo médico

Usted tiene acceso a nuestro programa de Gestión clínica de casos del que se encarga nuestro equipo dedicado de médicos y enfermeros. Ellos proporcionarán apoyo si se le diagnostica una afección médica grave o compleja para que reciba el apoyo sanitario integral que merece.

El programa puede le puede ayudar:

- coordinando su plan de atención sanitaria y tratamiento;
- mediante el acceso a expertos mundiales en salud para asesoramiento y apoyo;
- facilitando segundas opiniones médicas o informes médicos si es necesario.

Puede encontrar más detalles sobre nuestro programa de Gestión clínica de casos en la [página 8](#) de esta Guía del cliente.

## Acceso a nuestra aplicación Cigna Wellbeing® App

La aplicación Cigna Wellbeing® le permite acceder fácilmente a una serie de herramientas de asistencia sanitaria.

Nuestra aplicación interactiva le permite:

- **Acceder a nuestro programa de Global Telehealth:** Consultas de vídeo y teléfono con médicos y especialistas;
- **Gestionar la salud:** Evaluación de riesgos para la salud y gestión de afecciones crónicas;
- **Cambiar conductas:** Realizar un seguimiento de datos biométricos y acceder a programas de orientación en línea y una biblioteca sanitaria.

Encontrará más detalles sobre la aplicación Cigna Wellbeing® en la [página 10](#) de esta Guía del cliente.

Puede descargar la aplicación de manera gratuita a través de Google Play y Apple Store.

Consígala hoy mismo:

- Busque «Cigna Wellbeing» en su tienda de aplicaciones
- Descargue la App
- Seleccione «Plan individual global (tomador del seguro)»
- Regístrese con sus credenciales del Área del cliente.

## Programa de asistencia de gestión vital

Se ofrece únicamente como parte del módulo opcional de Atención Ambulatoria y de Bienestar.

Este servicio ofrece asistencia confidencial con cualquier cuestión laboral, vital, personal o familiar que sea importante para usted a través de asesoramiento, apoyo telefónico y programas en línea.

Disponible si ha seleccionado el módulo opcional de Atención Ambulatoria y de Bienestar. Si desea utilizar este servicio, consulte en la [página 31](#) todas las opciones disponibles para acceder al mismo.

Tendrá acceso a:

- Asesoramiento a corto plazo por teléfono, cara a cara o por vídeo;
- Sesiones de coaching de conciencia plena;
- Un programa de terapia cognitivo conductual (TCC) en línea;

Apoyo a profesionales con sesiones de coaching vital y asistencia para gerentes de personal;

- Información sobre recursos locales y derivaciones locales.

Puede encontrar más información en la [página 31](#) de esta Guía del cliente.

# Gestión clínica de casos

**Estamos comprometidos con ayudarle a *usted* y a *su* familia a vivir vidas más felices y saludables gracias a *nuestra* experiencia clínica. Este programa proporciona a todos los *beneficiarios* acceso a servicios clínicos contactando con *nuestro* equipo de Atención al cliente.**



## Reciba asistencia sanitaria en cualquier momento y lugar

Nuestro servicio **Global Telehealth** le proporciona acceso a médicos autorizados en todo el mundo para cuestiones de salud que no sean una emergencia. Podemos organizar una cita para *usted* mediante devolución de llamada, a menudo el mismo día o puede concertar una consulta por teléfono y vídeo desde la aplicación *Cigna Wellbeing*®.

- Puede recibir un diagnóstico para afecciones sanitarias que no sean una emergencia;
- Puede ayudarle a prepararse para una consulta u hospitalización próxima;
- Puede obtener información sobre un medicamento o plan de *tratamiento* y los posibles efectos secundarios.



## Siéntase apoyado en su proceso médico

Nuestro servicio de **Gestión de casos** le asigna un *gestor de caso* cuando se le diagnostica una afección compleja que requiere apoyo especial. Este será *su* punto de contacto único y le apoyará mediante la coordinación de *su* asistencia sanitaria y el plan de *tratamiento*.

- *Usted* recibirá asesoramiento personalizado y apoyo de *su* gestor de caso asignado;
- Crearemos planes de *tratamiento* personalizados que se adapten lo máximo a *sus* necesidades individuales.
- Buscaremos reducir el número de admisiones *hospitalarias* innecesarias o adicionales.

Nuestro **programa Afección crónica** ofrece apoyo si *usted* sufre una afección crónica. Si la afección es una exclusión especial según se detalla en *su* *Certificado de seguro*, podemos ayudarle a gestionar *su* afección aunque se seguirá aplicando *su* exclusión a cualquier *tratamiento*.

- Un gestor de caso planificará llamadas regulares para supervisar y evaluar *su* afección y plan de *tratamiento*;
- *Su* gestor de caso asignado establecerá metas específicas y alcanzables para *usted* para ayudarle mejor a gestionar y controlar *su* afección.



## Siéntase seguro gracias a segundas opiniones médicas

Nuestro **programa de Apoyo a decisiones** le proporciona acceso a expertos médicos líderes para que le faciliten asesoramiento y recomendaciones sobre su diagnóstico personal y su plan de *tratamiento*.

Este servicio se presta a través de *nuestro socio*, independiente, que trabaja con expertos médicos globales para facilitar asesoramiento y recomendaciones sobre casos individuales y planes de *tratamiento*.

- *Nuestro socio* se pondrá en contacto con usted en un plazo de 48 horas desde que reciban su historial médico;
- El informe médico contendrá la opinión del experto médico sobre su diagnóstico y plan de *tratamiento*;

*Usted* también puede remitir sus propias preguntas sobre su diagnóstico y plan de *tratamiento* para que sean respondidas en el informe.



# Aplicación Cigna Wellbeing®

Nuestra aplicación Cigna Wellbeing® le proporciona una gran variedad de herramientas y características para ayudarle a gestionar su salud y bienestar. Esta aplicación está disponible para todos los miembros de Cigna Healthcare independientemente del seguro que hayan elegido.



## Reciba asistencia sanitaria en cualquier momento y lugar

La aplicación Cigna Wellbeing® es la forma más fácil de acceder a Global Telehealth.



### PIDA UNA CITA

Utilice la aplicación Cigna Wellbeing® para concertar una cita con un médico en cualquier momento y lugar.



### HABLE CON UN MÉDICO

La consulta inicial será con un médico de cabecera, ya sea por teléfono o por vídeo.



### SIÉNTASE MEJOR

Obtenga el asesoramiento adecuado para usted. Incluye servicios de receta y derivación para tratamiento si necesita más atención.



## ¿Por qué utilizar la Global Telehealth?

### Es cómodo.

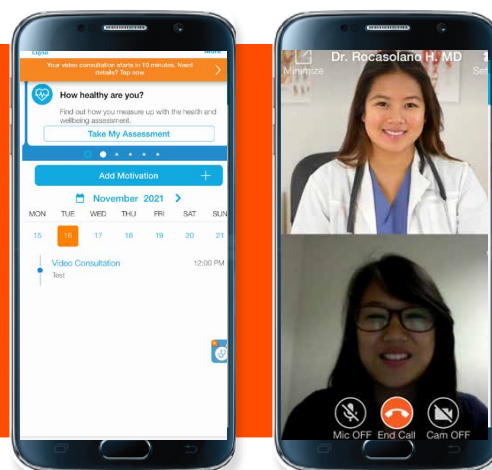
No es necesario salir de casa o de la oficina para acceder a un servicio médico.

### Disponible 24/7.

Esto supone un acceso rápido a médicos, normalmente en un plazo de 24 horas (dependiendo de las preferencias de idioma).

### Es asequible.

Es una alternativa a las visitas a la consulta del médico o la clínica, sin deducibles ni copagos y sin límites al número de consultas concertadas.



## Gestione su salud

### Evaluaciones sanitarias

La Evaluación de riesgos para la salud confidencial en línea le permite crear su propio informe único. La visión de 360° de su salud le proporcionará:

- Su puntuación de salud
- Sus hábitos positivos
- Las áreas de mejora
- Posibles áreas de riesgo

### Gestión de afecciones crónicas

Este programa, dirigido por nuestros enfermeros experimentados, le ayudará a tomar el control de su afección crónica, incluidas:

- Diabetes
- Hipertensión
- Problemas del corazón

Por favor complete la Evaluación de bienestar y díganos si desea que nos pongamos en contacto con usted.



## Cambiar conductas

### Seguimiento de datos biométricos

La aplicación Cigna Wellbeing® le permite realizar un seguimiento continuo de:

- El sueño
- La presión arterial
- La altura/peso
- El colesterol
- El azúcar en sangre
- Sus notas de salud

### Programas de contenido y asesoramiento sanitario

Descubra artículos, programas de asesoramiento en línea y videos diseñados para ayudarle a tomar mejores decisiones respecto al sueño, el estrés, la alimentación y el ejercicio.

- Estilo de vida
- Recetas saludables
- Salud general
- Actividad física
- Nutrición / peso
- Estrés

# Su guía para recibir tratamiento

**Deseamos asegurarnos de que recibir tratamiento sea lo menos estresante posible para usted o su familia.**

## Antes del tratamiento

**Póngase en contacto con nuestro equipo de Atención al cliente antes de iniciar un tratamiento.** Puede ponerse en contacto con nosotros las 24 horas del día a través del chat en vivo de su Área del cliente segura en línea, por teléfono o por email (consulte la [página 3](#) para los datos de contacto).

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

**Si se trata de una urgencia y no puede llamarnos antes, póngase en contacto con nosotros en las 48 horas siguientes.**

## Durante el tratamiento

Recuerde llevar su tarjeta de identificación de *Cigna Healthcare* con usted. Puede disponer de una copia de su tarjeta de identificación de *Cigna Healthcare* en su Área del cliente segura en línea.

## Después del tratamiento

**En la mayoría de los casos nosotros efectuaremos el pago directamente a su *hospital*, *clínica* o *médico*.**

- Solo abonaremos las partes de los gastos incurridos por el *tratamiento* que se incluyan en la cobertura.
- Es responsabilidad de los *beneficiarios* pagar cualquier deducible o coste compartido directamente al *hospital*, *clínica*, *médico* o farmacia en el momento de recibir *tratamiento*.

Puede obtener una lista de *hospitales*, *clínicas* y *médicos* de la red *Cigna Healthcare*, en su Área del cliente segura en línea o bien puede ponerse en contacto con nuestro equipo de Atención al cliente para obtener más información.

**Si usted ha abonado la factura a su *hospital*, *clínica* o *médico* usted mismo.**

- Envíenos su factura y solicitud de reembolso:
  - En línea, a través de su Área del cliente segura en línea;
  - O por correo electrónico, fax o correo postal (consulte la [página 13](#)).
- Nosotros le realizaremos a usted el reembolso (menos su opción aplicable de deducible y/o participación de costes).
- Nuestro objetivo es procesar su solicitud de reembolso en los 5 días hábiles siguientes tras recibir toda la documentación necesaria.

Puede descargar sus formularios de solicitud de reembolso de su Área del cliente segura en línea o en [www.cignaglobal.com/help/claims](http://www.cignaglobal.com/help/claims)

Tenga en cuenta que pueden existir ciertos países en los que no podamos pagar directamente al proveedor. En estos casos, usted será responsable de pagar los costes del *tratamiento* a su proveedor y *Cigna Healthcare* le reembolsará a usted.

Tenga en cuenta que, nosotros 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.

Antes de recibir *tratamiento*, le rogamos que lea la siguiente información sobre autorización previa, tratamiento de *urgencia* y recibir *tratamiento* en Estados Unidos.



## Autorización previa

Llámenos cuanto antes previamente a recibir *tratamiento* bajo el plan de Seguro médico internacional y cualquiera de los módulos adicionales que haya seleccionado (de haberlos).

Se necesita *autorización previa* para todos los *tratamientos Hospitalarios y Diurnos*, tal y como se indica en cada prestación aplicable en régimen *hospitalario* y de *diurno*. **No se requiere para la mayoría de tratamientos ambulatorios**, a excepción de los *tratamientos* recogidos en la [página 27](#).

Quizá necesitamos más información, como un informe médico, para que podamos aprobar el *tratamiento*. Le confirmaremos la autorización y, en caso de ser necesario, el número de *tratamientos* aprobados.

Si no obtiene nuestra *autorización previa*, pueden producirse retrasos en la tramitación de los siniestros y reduciremos el importe que abonaremos:

- un 20 % si no nos ha llamado para solicitar autorización previa cuando era necesaria. Esto se aplica a cualquier *tratamiento* en régimen *hospitalario* y *diurno* (y a algunos *tratamientos ambulatorios*) tanto dentro como fuera de *Estados Unidos*.

En la mayoría de los casos, facilitaremos a un *beneficiario* o a un *hospital, médico o clínica* una *garantía de pago*. Esto significa que nos comprometemos por adelantado a pagar parcial o totalmente el coste de un *tratamiento* determinado. Cuando hayamos facilitado una *garantía de pago* nosotros abonaremos al *beneficiario* o bien al *hospital, médico o clínica* la cantidad acordada tras recibir una solicitud apropiada y una copia de la factura, una vez proporcionado el *tratamiento*.



## Tratamiento de urgencia

Somos conscientes de que puede haber ocasiones en las que no sea práctico o posible contactar con nosotros antes de recibir *tratamiento* en caso de emergencia y la prioridad es recibirlo lo antes posible. En estos casos, pedimos que usted o el *beneficiario* afectado contacte con nosotros en las 48 horas posteriores a recibir *tratamiento*. Esto nos permitirá confirmar si su *tratamiento* está cubierto y organizar el pago con su proveedor de *tratamiento*.

Quizá necesitemos más información, como un informe médico, para aprobar el *tratamiento*. Le confirmaremos la aprobación y, en su caso de ser necesario, el número de *tratamientos* aprobados.

Si un *beneficiario* es trasladado a un *hospital, médico o clínica* que no formen parte de nuestra red, quizás podemos organizar (con consentimiento del *beneficiario*) el traslado de dicho *beneficiario* a un *hospital, médico o clínica* pertenecientes a la red de *Cigna Healthcare* para continuar el *tratamiento*, una vez que resulte médicamente factible hacerlo.



## Recibir tratamiento en EE. UU.

Si un *beneficiario* decide recibir *tratamiento* en un *hospital, médico, clínica o farmacia* que no forma parte de la red de *Cigna Healthcare*, reduciremos el importe que vayamos a abonar en un 20 %.

Somos conscientes de que puede haber ocasiones en las que no resulte razonablemente posible recibir *tratamiento* por parte de un *hospital, médico, clínica o farmacia* pertenecientes a la red de *Cigna Healthcare*. En tales casos, no aplicaremos reducción alguna a los pagos que realicemos. En dichos casos se incluyen, entre otras, las siguientes circunstancias:

- cuando no existe ningún *hospital, médico, clínica o farmacia* pertenecientes a la red de *Cigna Healthcare* en un radio de 30 millas/50 kilómetros del domicilio del *beneficiario*; o
- cuando el *tratamiento* que precisa recibir el *beneficiario* no está disponible en ningún *hospital, médico, clínica o farmacia* pertenecientes a la red local de *Cigna Healthcare*; o
- cuando el *tratamiento* sea un *tratamiento de emergencia*.

Para los clientes que residen en los EE. UU., ofrecemos un servicio de farmacia con entrega a domicilio si tienen una dirección postal en los EE. UU. Este servicio puede ser una opción cómoda si desarrolla usted una afección que requiere tomar medicación de forma habitual. Sujeto a términos y condiciones. Consulte las normas de su póliza para obtener más información.

# Cómo solicitar un reembolso

Si ha sido *usted* que ha pagado el *tratamiento*, puede enviarnos su factura y el formulario de solicitud de reembolso. La forma más fácil de hacerlo es a través de su Área del cliente segura en línea.

**Usted  
necesitará:**



La **factura** de su profesional sanitario



Una **Solicitud de reembolso** cumplimentada



El **recibo** de su pago

Por favor, indique con claridad su número de póliza en toda la documentación que nos remita.

Puede descargar sus formularios de solicitud de reembolso de su Área del cliente segura en línea o en [www.cignaglobal.com/help/claims](http://www.cignaglobal.com/help/claims).

## Puede presentar sus solicitudes de reembolso a través de:

- Su **Área del cliente** segura en línea (véase [página 14](#))
- Correo electrónico: [cignaglobal\\_customer.care@cigna.com](mailto:cignaglobal_customer.care@cigna.com)
- Correo postal: **Para tratamiento recibido:**

Fax: +44 (0) 1475 492 113 (fuera de EE. UU.);  
855 358 6457 (dentro de EE. UU.)

**Fuera de los  
Estados Unidos**

Cigna Global Health Options , Customer Service, I Knowe Road, Greenock,  
Scotland PA14 4RJ

**En los EE. UU.**

Cigna International , PO Box 15964, Wilmington, Delaware 19850, EE. UU.

## Información importante

- *Usted* y todos los *beneficiarios* deberán cumplir con los procedimientos para solicitud de reembolso indicados en esta Guía del cliente.
- Podemos realizar el reembolso mediante transferencia o cheque.
- Es posible que le solicitemos información adicional para poder procesar una solicitud de reembolso, como por ejemplo: informes médicos u otra información acerca de la enfermedad del *beneficiario* o bien los resultados de cualquier examen médico independiente que podamos solicitar y abonar.
- Los *beneficiarios* deben enviar sus formularios de solicitud de reembolso y sus facturas lo antes posible después de recibir cualquier *tratamiento*. Si no recibimos la solicitud de reembolso y la factura en un plazo de 12 meses desde la fecha del *tratamiento*, dicha solicitud de reembolso quedará sin validez y no será abonada o reembolsada por *nosotros*.
- Si *usted* supera cualquier sublímite de prestación individual o el límite de prestación general anual, buscaremos que nos reembolse para cubrir los costes donde haya superado su límite.

**Sujeto a las condiciones de esta póliza según las normas de la póliza, abonaremos los siguientes costes relacionados con su solicitud de reembolso:**

- Los gastos que se describen en la sección lista de prestaciones de esta Guía del cliente, según corresponda en la(s) fecha(s) del *tratamiento* recibido por el *beneficiario*.
- Los gastos de *tratamiento* que se haya recibido. No obstante, no cubriremos los gastos de *tratamientos* futuros que precisen de depósitos de pago o pagos por adelantado.
- Los *tratamientos* que sean *médicamente necesario* y clínicamente adecuados para el *beneficiario*.
- Los gastos razonables y usuales del *tratamiento* y los servicios relacionados con los *tratamientos* que se indican en la lista de prestaciones. Abonaremos dichos gastos del *tratamiento* según las tarifas adecuadas en el lugar del *tratamiento* y conforme a la práctica clínica y médica establecida.

# Su área del cliente en línea

Como cliente de Cigna Close Care<sup>SM</sup>, usted tiene acceso a una gran cantidad de información en cualquier parte del mundo a través de su Área Privada de Asegurado segura en línea.

Para acceder a su Área del cliente segura en línea, vaya a [www.cignaglobal.com](http://www.cignaglobal.com). A continuación:



Haga clic en el botón «Inicio de sesión de asegurados», situado en la parte superior derecha de la página.

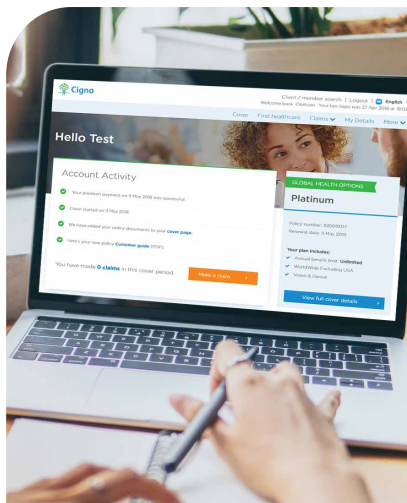


Seleccione «Global Individual Policy» [Póliza individual global] en la lista y haga clic en el botón «Login» [Inicio de sesión].



Introduzca la dirección de correo electrónico que nos facilitó y, a continuación, su contraseña.

Si tiene algún problema para acceder al Área del cliente, contacte por favor con nuestro equipo de Atención al cliente. Los datos de contacto figuran a continuación y en la [página 3](#).



## Gestione su póliza

Su Área del cliente segura en línea es la forma más fácil de gestionar su póliza y de acceder a toda la información relativa a su plan. Desde ahí puede:

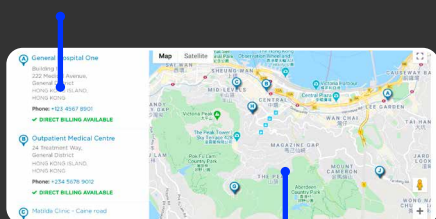
Ver sus documentos de póliza, incluidos su Certificado de seguro y las tarjetas de identificación de Cigna Healthcare para todos los beneficiarios;

- Ver las posibles exclusiones especiales que se apliquen a su póliza;
- Ver las prestaciones que incluye su plan;
- Ver un resumen de su pago de primas;
- Ver toda la correspondencia con nosotros;
- Presentar sus solicitudes de reembolso y realizar un seguimiento del estado de las mismas fácilmente;
- Actualizar sus datos en caso necesario.

## Acceda a asistencia sanitaria

Nuestra herramienta de búsqueda le proporciona una manera fácil de encontrar profesionales sanitarios en su ubicación. Puede especificar su búsqueda por especialidad médica, tipo de centro o profesional sanitario.

Una lista clara de proveedores con facturación directa.



Un mapa claro que le muestra dónde está usted respecto a los proveedores.

## Contacte con nosotros

Su Área del cliente segura en línea también le proporciona formas cómodas de contactar con nosotros incluyendo chat en vivo, mensaje directo o indicarnos una hora adecuada para usted para que le llamemos nosotros.



Chat en vivo



Pida que le llamemos

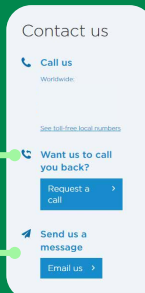


Envíenos un mensaje



Llámenos

Internacional: +44 (0) 1475 788 182  
EE. UU.: 800 835 7677 (gratuito)  
Hong Kong: 2297 5210 (gratuito)  
Singapur: 800 186 5047 (gratuito)



# Cómo funcionan el deducible y el coste compartido

Nuestra amplia gama de opciones de deducible y coste compartido le permite personalizar su plan para que se ajuste a su presupuesto. Puede elegir tener un deducible y/o coste compartido en el módulo opcional de Seguro médico internacional y/o Asistencia *ambulatoria* internacional.

Si usted elige un deducible y/o coste compartido, su prima será inferior.

- **Deducible:** es la cantidad que usted debe pagar de los costes de su *tratamiento* hasta que alcance el deducible para el período de cobertura.
- **Coste compartido:** es el porcentaje de coste compartido que usted debe pagar de los costes de su *tratamiento*. Esto se aplica una vez calculada la cantidad de deducible (si se selecciona).
- **Desembolso máximo:** es la cantidad máxima de coste compartido que usted tiene que pagar en un período de cobertura. Solo los importes que haya pagado relacionados con el coste compartido están sujetos a la limitación del desembolso máximo.

Si ha seleccionado un deducible y/o coste compartido, los siguientes ejemplos demuestran cómo funciona.

## Ejemplo 1:

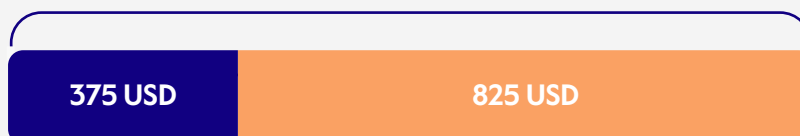
### Cómo funciona el deducible

Cuantía de la solicitud de reembolso: **1200 USD**  
Deducible: **375 USD**

La cantidad del coste compartido está sujeta a la limitación del desembolso máximo. En este ejemplo se han pagado 1000 USD del desembolso máximo de 2000 USD para este período de cobertura.

  
Usted paga el deducible de 375 USD

Solicitud de reembolso: 1200 USD



  
Nosotros pagamos 825 USD

## Ejemplo 2:

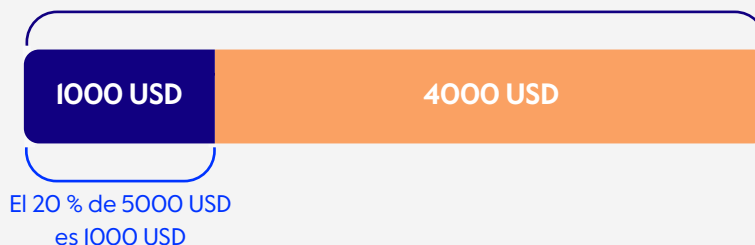
### Cómo funciona el coste compartido

Cuantía de la solicitud de reembolso: **5000 USD**  
Deducible: **0 USD**  
Coste compartido: **20 % = 1000 USD**  
Desembolso máximo: **2000 USD**

La cantidad del coste compartido está sujeta a la limitación del desembolso máximo. En este ejemplo se han pagado 1000 USD del desembolso máximo de 2000 USD para este período de cobertura.

  
Usted paga el copago de 1000 USD

Solicitud de reembolso: 5000 USD



  
Nosotros pagamos 4000 USD

### Ejemplo 3:

Cómo funciona el **coste compartido** y el **desembolso máximo**

Cuantía de la solicitud de reembolso: **20.000 USD**

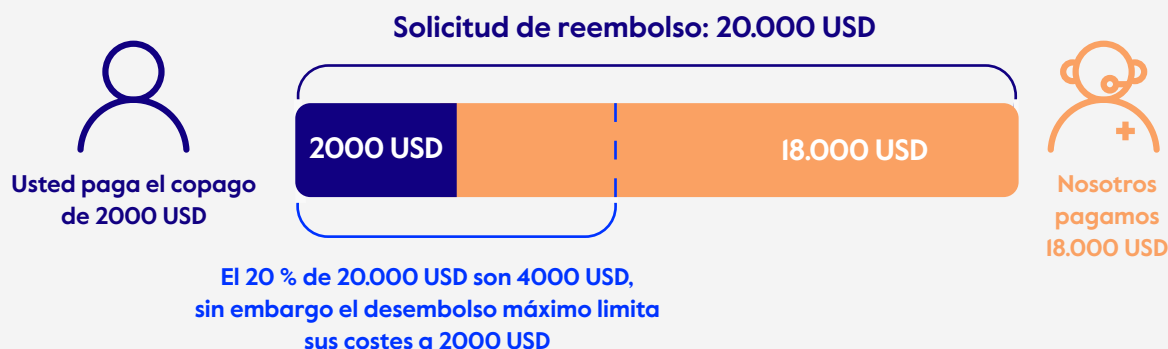
Deducible: **0 USD**

Coste compartido: **20 % = 4000 USD**

Desembolso máximo: **2000 USD**

El desembolso máximo le protege frente a cantidades grandes de coste compartido.

En este ejemplo, usted ha alcanzado su desembolso máximo y nosotros cubriremos el resto para este período de cobertura.



### Ejemplo 4:

Cómo funcionan el **deducible** y el **coste compartido** si usted ha seleccionado ambos

Cuantía de la solicitud de reembolso: **20.000 USD**

Deducible: **375 USD**

Coste compartido: **20 % = 3925 USD**

Desembolso máximo: **5000 USD**

El deducible se adeuda antes de calcular el coste compartido.

En este ejemplo, su deducible de 375 USD se resta primero al coste del tratamiento y luego se calcula el coste compartido del 20 %. Se han pagado 3925 USD del máximo del desembolso máximo de 5000 USD para este período de cobertura.



## Información importante

- Usted será el responsable de efectuar el pago del importe de cualquier deducible y coste compartido directamente al hospital, clínica, médico o farmacia.
- El deducible, el coste compartido y el desembolso máximo se determinan por separado para cada beneficiario y cada período de cobertura.
- Si opta por tener tanto un deducible como un coste compartido, el importe que tendrá que pagar como deducible se calculará antes del importe a pagar como coste compartido.
- Puede solicitar un cambio en el deducible y/o coste compartido y desembolso máximo con efecto desde su fecha de renovación anual cada año. Si desea eliminar o reducir su deducible o coste compartido o reducir su desembolso máximo en su cobertura, es posible que le pidamos que nos proporcione información médica más detallada (incluida la información médica cualquier beneficiario, si corresponde) y podemos aplicar nuevas restricciones o exclusiones especiales basadas en la información que nos proporcione.
- Puede revisar los posibles deducibles o costes compartidos que haya seleccionado consultando su Certificado de seguro disponible en su Área del cliente segura en línea.

# Su cobertura principal

Su *cobertura principal* se detalla en la siguiente tabla. Esta es su cobertura básica para los costes *hospitalarios*, *ambulatorios* y de alojamiento, así como para la cobertura del *cáncer*, la atención médica a la salud mental y mucho más. Todos los importes se aplican por *beneficiario* y por *período de cobertura* (salvo que se indique lo contrario).

## Prestaciones de hospitalización y atención ambulatoria

Según nuestras definiciones en el documento *Normas de la póliza*:

- **Paciente hospitalizado** significa un paciente que ingresa en un *hospital* y que ocupa una cama durante la noche o más, por razones médicas.
- **Paciente en consulta externa** hace referencia un paciente que es admitido en un *hospital* o *unidad de pacientes ambulatorios* u otro centro médico para recibir *tratamiento* o porque necesita un período de recuperación supervisada por un médico, pero que no ocupa una cama durante la noche. Esto también incluye los *procedimientos quirúrgicos* realizados en el consultorio de un *médico*.
- **Paciente ambulatorio** hace referencia a un paciente que asiste a un *hospital*, consultorio o *clínica ambulatoria* para recibir *tratamiento* pero que no es admitido como paciente *ambulatorio* u *hospitalizado* y no ocupa una cama.

Es importante tener en cuenta que se requiere **autorización previa** para todos los tratamientos en régimen de *hospitalización* y en *consulta externa*. Consulte la [página 12](#) para obtener información adicional sobre la autorización previa y la [página 3](#) para obtener los datos de contacto. Para conocer todas las exclusiones generales, consulte el documento *Normas de la póliza* que encontrará en su Área Privada de Asegurado.

| Área geográfica de cobertura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• La <i>zona de cobertura</i> solo incluye su <i>país de residencia habitual</i> y <i>país de nacionalidad</i>.</li><li>• La cobertura en <i>Estados Unidos</i> está incluida si el <i>país de residencia habitual</i> es <i>Estados Unidos</i>.</li><li>• Los ciudadanos de <i>Estados Unidos</i> pueden optar por adquirir la cobertura en <i>Estados Unidos</i> (si el <i>tomador del seguro</i> decide no adquirir la cobertura en <i>Estados Unidos</i>, entonces los <i>beneficiarios</i> no tendrán cobertura cuando visiten su país).</li><li>• El <i>área geográfica de cobertura</i> de <i>Estados Unidos</i> no está disponible si no se aplica cualquiera de las dos opciones expuestas.</li></ul> |  |

## SU LÍMITE GLOBAL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Prestación anual general máxima por beneficiario por período de cobertura.</b><br>Incluye las reclamaciones pagadas en todas las secciones de <i>prestaciones de hospitalización</i> y <i>tratamiento ambulatorio</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 500.000 USD<br>400.000 EUR<br>325.000 GBP |
| <b>Limitación de enfermedad</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 250.000 USD<br>200.000 EUR<br>165.000 GBP |
| Es la cantidad anual que pagaremos por todos los costes del <i>tratamiento</i> tras el diagnóstico de una <i>enfermedad</i> . Incluye todas las solicitudes de reembolso en todos los tratamientos, en <i>hospitales</i> , <i>ambulatorios</i> y <i>externos</i> relacionados con la <i>enfermedad</i> primaria. Se aplica por cada <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i> .<br><br><b>Notas importantes</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Solo pagaremos hasta el importe máximo en total por <i>período de cobertura</i> tal y como se detalla en la <i>lista de prestaciones</i>.</li><li>• Los costes no incluyen ningún servicio de evacuación o repatriación.</li><li>• No cubrimos ningún otro coste directamente relacionado con la <i>enfermedad</i> que supere el límite de la <i>prestación</i>.</li><li>• Para determinar cuándo se ha alcanzado este límite, <i>nuestro equipo médico</i> tendrá en cuenta y revisará todo el <i>tratamiento</i> médico pertinente y la atención recibida.</li><li>• Solo pagaremos los costes <i>ambulatorios</i> si se ha seleccionado la opción de <i>Atención Ambulatoria</i> y de <i>Bienestar</i>, con la excepción de algunas <i>prestaciones</i> que incluyen el <i>tratamiento ambulatorio</i> como parte de su <i>cobertura principal</i>.</li></ul> |                                           |
| <b>Prestación de urgencias fuera de la zona de cobertura</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 40.000 USD<br>29.600 EUR<br>26.600 GBP    |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Tratamiento médico</i> de urgencia <i>ambulatorio</i> y <i>externo</i> durante pequeños viajes fuera del <i>país de residencia habitual</i> o <i>país de nacionalidad</i>.</li><li>• Está limitado a 21 días por viaje y a un máximo de 45 días de tratamiento para todos los viajes combinados por año de <i>póliza</i>.</li><li>• También puede incluirse el <i>tratamiento ambulatorio</i> de urgencia y solo hasta 2500 USD / 1850 EUR / 1650 GBP. Solo está disponible si <i>usted</i> ha seleccionado la opción de <i>Atención Ambulatoria</i> y de <i>Bienestar</i>. Consulte la cláusula 8.3 de las <i>normas de la póliza</i> para conocer los términos relativos a este límite global de <i>indemnización</i>.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Costes hospitalarios por:</b></p> <p>Máximo total anual de indemnización por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i>.</p> <p><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p><b>Pagado en su totalidad por una habitación semiprivada</b></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos los cuidados de enfermería y el alojamiento mientras un <i>beneficiario</i> esté <i>recibiendo tratamiento</i> en régimen de <i>hospitalización o ambulatorio</i>; o el coste de una sala de tratamiento cuando el <i>beneficiario</i> se someta a un intervención quirúrgica ambulatoria, si es necesario.</li> <li>• Solo pagaremos estos costes si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• es <i>médicamente necesario</i> para el <i>beneficiario</i> ser tratado en régimen <i>hospitalario o ambulatorio</i>;</li> <li>• permanecen en el <i>hospital</i> durante un período de tiempo médicamente adecuado;</li> <li>• el <i>tratamiento</i> que reciben es proporcionado o dirigido por un especialista, y</li> <li>• se alojan en una habitación semiprivada con baño compartido.</li> </ul> </li> <li>• Si los honorarios de un <i>hospital</i> varían en función del tipo de habitación en la que se aloja el <i>beneficiario</i>, el importe máximo que pagaremos será el que se habría cobrado si el <i>beneficiario</i> se hubiera alojado en una habitación semiprivada estándar con baño compartido o equivalente.</li> <li>• Si el <i>médico</i> decide que el <i>beneficiario</i> debe permanecer en el <i>hospital</i> durante un período más largo que el que hemos aprobado previamente, o decide que el <i>tratamiento</i> que necesita el <i>beneficiario</i> es diferente al que hemos aprobado previamente, ese <i>médico</i> deberá proporcionarnos un informe, explicando: cuánto tiempo necesitará el <i>beneficiario</i> permanecer en el <i>hospital</i>; el diagnóstico (si ha cambiado), y el <i>tratamiento</i> que el <i>beneficiario</i> ha recibido y necesita recibir.</li> </ul> |                                                                     |
| <p><b>Costes hospitalarios por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• quirófano.</li> <li>• medicamentos, fármacos y apósitos con receta para <i>pacientes hospitalizados o tratamientos en consultas externas</i>.</li> <li>• honorarios de la sala de <i>tratamiento</i> para cirugía <i>ambulatoria</i>.</li> </ul> <p>Máximo total anual de indemnización por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i>.</p> <p><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><b>Ilimitado</b></p>                                             |
| <p>Costes de quirófano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos todos los costes y gastos relacionados con el uso de un quirófano, si el <i>tratamiento</i> que se está aplicando está cubierto por esta póliza.</li> </ul> <p>Medicamentos, fármacos y apósitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos los medicamentos, fármacos y apósitos que se prescriban al <i>beneficiario</i> mientras esté <i>recibiendo tratamiento hospitalario o ambulatorio</i>.</li> <li>• Los medicamentos, fármacos y apósitos que se receten para su uso en el domicilio estarán cubiertos dentro de los límites de los fármacos y apósitos recetados en las <i>prestaciones de Atención Ambulatoria y Bienestar</i> (a menos que se receten como parte del <i>tratamiento del cáncer</i>).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                     |
| <p><b>Pandemias, epidemias y enfermedades infecciosas</b></p> <p>Máximo total anual de indemnización por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i>.</p> <p><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p><b>Ilimitado</b></p>                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubriremos el <i>tratamiento médicamente necesario</i> para la enfermedad o afección resultante de una pandemia, epidemia o brote de una enfermedad infecciosa, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS).</li> <li>• El <i>tratamiento médicamente necesario</i> y las afecciones médicas relacionadas se cubrirán en régimen <i>hospitalario y ambulatorio</i>. Solo pagaremos los tratamientos <i>ambulatorios</i> si el <i>beneficiario</i> ha adquirido el módulo opcional de Atención ambulatoria y Bienestar.</li> </ul> <p><b>Notas importantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pruebas <i>médicamente necesarias</i> realizadas en régimen ambulatorio (por ejemplo, a domicilio o en un centro de diagnóstico) en caso de pandemia, epidemia o brote de enfermedad infecciosa solo estarán cubiertas por la prestación de patología, radiología y pruebas diagnósticas incluidas en el módulo Asistencia ambulatoria internacional. Estas pruebas diagnósticas ambulatorias, recomendadas según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estarán cubiertas del mismo modo que los diagnósticos para otras enfermedades.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                     |
| <p><b>Subsidio en metálico para pacientes hospitalizados</b></p> <p>Por noche hasta 30 días por <i>beneficiario</i> y <i>período de cobertura</i>.</p> <p>Cualquier deducible elegido en su cobertura principal no se aplicará a esta prestación, según las normas de la póliza</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>100 USD<br/>75 EUR<br/>65 GBP</b></p>                         |
| <p>Efectuaremos un pago en efectivo directamente al <i>beneficiario</i> cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• reciba <i>tratamiento</i> en un <i>hospital</i> que esté cubierto por este plan;</li> <li>• pernocte en un <i>hospital</i>; y</li> <li>• el <i>hospital</i> no cobre honorarios por la habitación, comidas y costes de <i>tratamiento</i> al <i>beneficiario</i>, cualquier compañía de seguros y/o cualquier autoridad local estatal o gubernamental pertinente.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Cuidados intensivos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• terapia intensiva.</li> <li>• atención médica coronaria.</li> <li>• unidad de alta dependencia.</li> </ul> Máximo total anual de indemnización por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i> .<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Ilimitado</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos el tratamiento a un <i>beneficiario</i> en <i>cuidados intensivos</i>, terapia intensiva, atención médica coronaria o de alta dependencia si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ese centro es el lugar más apropiado para que sea tratado;</li> <li>• la atención prestada por este centro es una parte esencial de su <i>tratamiento</i>, y</li> <li>• la atención prestada por dicho centro es requerida habitualmente por pacientes que padecen el mismo tipo de enfermedad o <i>lesión</i> o que reciben el mismo tipo de <i>tratamiento</i>.</li> </ul> </li> </ul> |                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Honorarios de cirujanos y anestelistas</b><br>Máximo total anual de indemnización por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i> .<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Ilimitado</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos los costes <i>hospitalarios</i>, de <i>atención externa</i> o <i>ambulatorios</i> para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• honorarios de la <i>cirugía</i> de cirujanos y anestelistas y</li> <li>• los honorarios de los cirujanos y anestelistas por el <i>tratamiento</i> necesario inmediatamente antes o después de la <i>cirugía</i> (es decir, el mismo día de la <i>cirugía</i>).</li> </ul> </li> <li>• Solamente abonaremos los <i>tratamientos ambulatorios</i> recibidos antes o después de una <i>cirugía</i> si el <i>beneficiario</i> está cubierto por la opción de Atención Ambulatoria y de Bienestar (salvo que el tratamiento se administre como parte de un <i>tratamiento del cáncer</i>).</li> </ul> |                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Honorarios de consulta de especialistas</b><br>Máximo total anual de indemnización por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i> .<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Ilimitado</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos las visitas periódicas de un especialista durante las estancias en el <i>hospital</i> incluidos los <i>cuidados intensivos</i> por parte de un especialista durante el tiempo que sea <i>médicamente necesario</i>.</li> <li>• Nosotros pagaremos las consultas con un especialista durante las estancias en un <i>hospital</i> donde el <i>beneficiario</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• esté siendo tratado en régimen de <i>hospitalización</i> o <i>ambulatorio</i>;</li> <li>• se haya sometido a <i>cirugía</i>, o</li> <li>• cuando la consulta sea una <i>necesidad médica</i>.</li> </ul> </li> </ul> |                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Patología, radiología y pruebas diagnósticas (excluidas las pruebas de imagen médica avanzada)</b><br>Máximo total anual de indemnización por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i> .<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Ilimitado</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando las investigaciones se realizan en régimen <i>hospitalario</i> o <i>ambulatorio</i>.</li> <li>• Nos haremos cargo de los siguientes gastos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pruebas de sangre y orina;</li> <li>• radiografías;</li> <li>• ecografías;</li> <li>• electrocardiogramas (ECG), y</li> <li>• otras <i>pruebas diagnósticas</i>;</li> </ul> </li> </ul> <p>cundo sean <i>médicamente necesarios</i> y los recomiende un especialista como parte de la estancia <i>hospitalaria</i> del <i>beneficiario</i> para su <i>tratamiento</i> en régimen <i>hospitalario</i> o <i>ambulatorio</i>.</p> |                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Hemodiálisis</b><br>Hasta el límite total indicado por asegurado y por período de cobertura.<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>5000 USD</b><br><b>3700 EUR</b><br><b>3325 GBP</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>El tratamiento de diálisis renal estará cubierto si dicho tratamiento está disponible en el país de residencia habitual del beneficiario. Pagaremos en régimen hospitalario, ambulatorio o de atención externa.</li> <li>No pagaremos el tratamiento de diálisis fuera de la zona de cobertura del beneficiario a menos que esté cubierto por los términos de la prestación de la cobertura de urgencia fuera de zona.</li> </ul> |                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Pruebas de imagen médica avanzada (RMN, TC y TEP)</b><br>Hasta el límite total indicado por asegurado y por período de cobertura.<br><b>Esta prestación requiere autorización previa tanto para hospitalización, en consulta externa y tratamientos ambulatorios.</b>                                                                                                                                                                                                                                         | <b>2500 USD</b><br><b>1850 EUR</b><br><b>1650 GBP</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Pagaremos las siguientes exploraciones si están recomendadas por un especialista como parte del tratamiento de un beneficiario en régimen hospitalario, ambulatorio o en atención externa: <ul style="list-style-type: none"> <li>resonancia magnética (MRI);</li> <li>tomografía computarizada (TC) y/o</li> <li>tomografía por emisión de positrones (PET);</li> </ul> </li> <li>Podemos requerir un informe médico previo a una resonancia magnética (MRI).</li> </ul> |                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Fisioterapia y terapias complementarias</b><br>Hasta el límite total indicado por asegurado y por período de cobertura.<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>2000 USD</b><br><b>1480 EUR</b><br><b>1330 GBP</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando el tratamiento se realice en régimen hospitalario o ambulatorio.</li> <li>Pagaremos el tratamiento prestado por fisioterapeutas y terapeutas complementarios; (acupuntores y médicos de medicina china) si estas terapias están recomendadas por un especialista como parte de la estancia del beneficiario en el hospital para tratamientos hospitalarios o ambulatorios (pero no es el tratamiento principal que deben recibir en el hospital). El acupuntor y el practicante de medicina china debe ser un profesional debidamente cualificado que tenga la licencia apropiada en el país donde se reciba el tratamiento.</li> </ul> |                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Rehabilitación</b><br>Hasta 30 días y el límite total indicado por beneficiario por período de cobertura.<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>2000 USD</b><br><b>1480 EUR</b><br><b>1330 GBP</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Pagaremos los tratamientos</b> de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia), que estén recomendados por un especialista y sean médicamente necesarios después de un evento traumático como un ictus o una lesión medular.</li> <li>Si el tratamiento de rehabilitación debe prestarse en un centro residencial de rehabilitación pagaremos el alojamiento y la manutención hasta 30 días por cada afección que requiera tratamiento de rehabilitación.<br/> Para determinar cuándo se ha alcanzado el límite de 30 días: <ul style="list-style-type: none"> <li>contamos cada pernoctación durante la cual un beneficiario recibe tratamiento hospitalario como 1 día, y</li> <li>contamos cada día en el que un beneficiario recibe tratamiento hospitalario y externo como 1 día.</li> </ul> </li> <li>Siempre que se obtenga la aprobación previa, antes del inicio de cualquier tratamiento, pagaremos el tratamiento de rehabilitación durante más de 30 días si el tratamiento adicional es médicamente necesario y está recomendado por el especialista tratante.</li> </ul> <p><b>Notas importantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solo pagaremos el tratamiento de rehabilitación si es necesario después o como resultado de un tratamiento cubierto por esta póliza y si se inicia dentro de los 30 días siguientes a la finalización del tratamiento original.</li> <li>Todos los tratamientos de rehabilitación deben contar con nuestra aprobación previamente. Solo aprobaremos el tratamiento de rehabilitación si el especialista tratante nos proporciona un informe en el que se explique: <ol style="list-style-type: none"> <li>el tiempo que el beneficiario deberá permanecer hospitalizado;</li> <li>el diagnóstico, y</li> <li>el tratamiento que el beneficiario ha recibido o debe recibir.</li> </ol> </li> </ul> |                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <p><b>Asistencia de salud mental y conductual</b></p> <p>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i>.<br/> Hasta 60 días (<i>hospitalario</i> y <i>ambulatorio</i>).<br/> Hasta 30 días (<i>solo hospitalario</i>).</p> <p><b>Esta prestación requiere autorización previa para los tratamientos en régimen de <i>hospitalización</i> y de <i>consulta externa</i>. No se requiere autorización previa para ningún tratamiento <i>ambulatorio</i> en el marco de esta prestación.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><b>3000 USD<br/>2200 EUR<br/>2000 GBP</b></p> |
| <p>Pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tratamiento basado en evidencias y médicamente necesario recomendado por un médico.</i></li> <li>• <i>Tratamiento hospitalario, diurno o ambulatorio llevado a cabo por un psicólogo o psiquiatra autorizado para ello bajo las leyes de ese país.</i></li> <li>• El diagnóstico de adicciones (incluido el alcoholismo);</li> </ul> <p><b>Tratamiento de adicciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos un curso o programa de <i>tratamiento</i> de adicciones en un centro especializado que ofrezca <i>tratamiento basado en la evidencia</i>, si dicho tratamiento es <i>médicamente necesario</i> y recomendado por un <i>médico</i>, hasta el límite la prestación.</li> <li>• <i>Pagamos</i> hasta tres intentos de <i>desintoxicación</i>, después de lo cual solo pagaremos por otro <i>tratamiento de desintoxicación</i> si el <i>beneficiario</i> completa un curso o programa formal <i>ambulatorio</i> de tratamiento de adicciones.</li> <li>• No pagaremos ningún otro <i>tratamiento</i> relacionado con el alcoholismo o la adicción; ni el <i>tratamiento</i> de cualquier afección relacionada (como depresión, demencia o insuficiencia hepática); cuando creamos razonablemente que la afección que requiere <i>tratamiento</i> fue resultado directo del alcoholismo o la adicción.</li> </ul> <p><b>Autismo y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costes médicos, incluyendo visitas al médico y pediatra en relación con Autismo y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) solo de manera <i>ambulatoria</i> y cuando sea un tratamiento basado en evidencias y médicamente necesario.</li> <li>• Evaluación y pruebas de diagnóstico de Autismo y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) cuando existan síntomas.</li> <li>• Terapia conductual cuando sea médicamente necesario según un tratamiento basado en evidencias.</li> </ul> <p><b>Notas importantes</b></p> <p><b>Esta prestación está sujeta a cualquier deducible o participación en los gastos que haya seleccionado en la cobertura principal de hospitalización para cualquier atención médica mental y conductual, incluido cualquier tratamiento de salud mental que tenga lugar en régimen ambulatorio.</b></p> <p>No pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención educativa, logopedia y dispositivos de ayuda al lenguaje.</li> <li>• Fármacos con receta o medicamentos prescritos en régimen <i>ambulatorio</i> para cualquiera de estos trastornos, salvo que el seguro adquirido sea el módulo opcional de Atención Ambulatoria y de Bienestar.</li> </ul> |                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <p><b>Atención oncológica</b></p> <p>Máximo total anual de indemnización por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i>.</p> <p><b>Esta prestación requiere autorización previa tanto para <i>hospitalización</i>, en <i>consulta externa</i> y <i>tratamientos ambulatorios</i>.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>Ilimitado</b></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tras un diagnóstico de <i>cáncer</i> pagaremos los costes del <i>tratamiento</i> del mismo si consideramos que el <i>tratamiento</i> es un <i>tratamiento activo</i> y <i>basado en evidencias</i>. Incluye quimioterapia, radioterapia, oncología, <i>pruebas diagnósticas</i> y fármacos, tanto si el <i>beneficiario</i> pasa la noche en el <i>hospital</i> como si recibe <i>tratamiento</i> como <i>paciente ambulatorio</i> o <i>paciente externo</i>.</li> <li>• No abonaremos las pruebas genéticas del <i>cáncer</i>.</li> </ul> |                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <p><b>Prótesis relacionadas con el cáncer</b></p> <p>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> de forma vitalicia y por aparato relacionado con el cáncer.</p> <p><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b></p>                                                  | <p><b>125 USD<br/>100 EUR<br/>85 GBP</b></p> |
| <p>Si un <i>beneficiario</i> recibe el diagnóstico de <i>cáncer</i>, le abonaremos la compra de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelucas / pañuelos para pacientes <i>oncológicos</i></li> <li>• Sujetadores de mastectomía para pacientes <i>oncológicos</i></li> </ul> |                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Residencia para enfermos terminales y cuidados paliativos</b><br>Hasta el importe máximo indicado de por vida.<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>2500 USD</b><br><b>1850 EUR</b><br><b>1650 GBP</b> |
| Pagaremos el coste de cuidados paliativos si un <i>beneficiario</i> recibe un diagnóstico terminal y su esperanza de vida es inferior a seis meses y no existen <i>tratamientos</i> disponibles eficaces que ayudarían a su recuperación.<br>Pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención domiciliaria;</li> <li>• <i>Alojamiento y atención hospitalaria</i> o de hospicio en régimen de hospitalización o diurno;</li> <li>• Medicamentos recetados, y</li> <li>• Atención física y psicológica.</li> </ul> |                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Dispositivos protésicos internos</b><br>Máximo total anual de indemnización por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i> .<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Ilimitado</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos los <i>dispositivos protésicos</i> que sean necesarios como parte del <i>tratamiento del beneficiario</i>.</li> <li>• Un <i>dispositivo protésico</i> es: <ul style="list-style-type: none"> <li>• un miembro artificial, prótesis o dispositivo que se requiere con el fin de realizar o relacionado con una <i>cirugía</i>;</li> <li>• un dispositivo artificial o prótesis artificial que sea indispensable para el <i>tratamiento</i> inmediatamente posterior a la <i>cirugía</i> durante el tiempo que requiera la <i>necesidad médica</i>, o</li> <li>• Una prótesis o aparato que sea <i>médicamente necesario</i> y forme parte del proceso de recuperación <i>a corto plazo</i>.</li> </ul> </li> </ul> |                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Dispositivos protésicos externos</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>2500 USD</b><br><b>1850 EUR</b><br><b>1650 GBP</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos los <i>dispositivos protésicos</i> que sean necesarios como parte de un <i>tratamiento del beneficiario</i> (sujeto a los límites explicados a continuación).</li> <li>• Pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• un <i>dispositivo protésico</i> o aparato que sea indispensable para el <i>tratamiento</i> inmediatamente posterior a la <i>intervención quirúrgica</i> durante el tiempo que requiera la <i>necesidad médica</i>, o</li> <li>• una <i>prótesis</i> o aparato que sea <i>médicamente necesario</i> y forme parte del proceso de recuperación <i>a corto plazo</i>.</li> </ul> </li> <li>• Abonaremos una prótesis externa inicial para <i>beneficiarios</i> de 18 años o más por <i>período de cobertura</i>. No abonaremos las prótesis de sustitución para <i>beneficiarios</i> de o mayores de 18 años.</li> <li>• Abonaremos cualquier prótesis externa inicial y hasta 2 sustituciones para <i>beneficiarios</i> de 17 años o menores por <i>período de cobertura</i>.</li> <li>• Se entiende por <i>prótesis externa</i> una parte del cuerpo artificial externa, como una extremidad protésica o una mano protésica que es <i>médicamente necesaria</i> como parte del <i>tratamiento</i> inmediatamente posterior a la <i>intervención quirúrgica</i> del <i>beneficiario</i> o como parte del proceso de recuperación <i>a corto plazo</i>.</li> </ul> |                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Servicio local de ambulancia</b><br>Máximo total anual de indemnización por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i> .<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Ilimitado</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando sea <i>médicamente necesario</i>, pagaremos una ambulancia local por carretera para transportar a un <i>beneficiario</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• desde el lugar de un accidente o <i>lesión</i> hasta un <i>hospital</i>;</li> <li>• de un <i>hospital</i> a otro, o</li> <li>• de su hogar hasta un <i>hospital</i>.</li> </ul> </li> <li>• Solo pagaremos una ambulancia local por carretera cuando su uso esté relacionado con un <i>tratamiento médicamente necesario</i> que un <i>beneficiario</i> necesite recibir en el <i>hospital</i>.</li> <li>• Esta <i>póliza</i> no cubre servicios de rescate en montaña.</li> </ul> |                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Tratamiento dental hospitalario de urgencia</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .<br><b>Esta prestación requiere autorización previa.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>2500 USD</b><br><b>1850 EUR</b><br><b>1650 GBP</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Cubriremos el <i>tratamiento odontológico</i> en el <i>hospital</i> tras un accidente grave, siempre que se cumplan las <i>condiciones</i> que se indican a continuación.</li> <li>Pagaremos el <i>tratamiento odontológico</i> urgente que requiera un <i>beneficiario</i> mientras esté <i>hospitalizado</i> como <i>paciente hospitalario</i>, si dicho <i>tratamiento odontológico hospitalario</i> está recomendado por el <i>médico</i> debido a una <i>urgencia dental</i> (pero no es el <i>tratamiento principal</i> que el <i>beneficiario</i> debe recibir en el <i>hospital</i>).</li> <li>Esta prestación se abona en lugar de cualquier otra prestación dental a la que puede tener derecho el <i>beneficiario</i> en estas circunstancias.</li> </ul> |                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Global Telehealth con Teladoc</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Consultas ilimitadas</b> |
| <p>Tiene acceso a consultas <i>médicas</i> ilimitadas por videollamada y teléfono a través de la aplicación Cigna Wellbeing®, o a través de una derivación de <i>nuestro</i> equipo de Atención al Cliente en caso de problemas de salud no urgentes. Se incluyen, entre otros aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico de problemas de salud que no sean urgencias, desde afecciones agudas hasta afecciones crónicas complejas</li> <li>Tratamiento de afecciones médicas: fiebre, erupciones cutáneas y dolores</li> <li>Atención médica pediátrica no urgente</li> <li>Preparativos para una próxima consulta</li> <li>Explicación de un plan de medicación y sus posibles efectos secundarios</li> <li>Recetas médicas para problemas de salud comunes, cuando sean médicamente necesarias y estén permitidas.</li> </ul> <p>Si es necesario el médico puede remitir a un especialista de Teladoc Global Telehealth desde la propia aplicación. Las especialidades incluidas son, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dermatología, psiquiatría, medicina interna, gastroenterología, ginecología, pediatría, ortopedia</li> </ul> <p>Los médicos de cabecera pueden programar estas citas con especialistas del servicio de telemedicina durante los cinco días siguientes a la consulta inicial.</p> <p><b>Notas importantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Puede acceder a Global Telehealth a través de la aplicación Cigna Wellbeing®. Consulte la página 7 para más información sobre cómo descargar la aplicación y registrarse. En la pantalla de inicio de la aplicación, pulse el icono «Get Care» y seleccione «Global Telehealth». Una vez que haya aceptado los Términos y condiciones y la Política de Privacidad, seleccione «Programar consulta» y proceda a reservar su consulta seleccionando «consulta telefónica» o «videoconsulta» y, a continuación, siga los pasos.</li> <li>Si solicita que le llamen más tarde, un médico le devolverá la llamada el mismo día, en función de la disponibilidad lingüística. Al solicitar una videoconsulta, podrá elegir el día y la hora que más le convengan. Recomendamos que abra la aplicación 10 minutos antes de la hora prevista.</li> <li>Solo se permite prescripción de medicamentos cuando el <i>médico</i> tenga licencia para ello en el estado o el país en que se haya suscrito la póliza. Debe haber adquirido el módulo opcional de atención ambulatoria y bienestar para recibir la cobertura de la prestación de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y de apósitos.</li> <li>Si ha seleccionado un deducible o un coste compartido para el <i>tratamiento</i> ambulatorio, deberá pagarlo si <i>le</i> recetan medicamentos.</li> </ul> |                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible (varios)</b><br>Un <i>deducible</i> es la cantidad que <i>usted</i> debe pagar antes de que cualquier solicitud de reembolso quede cubierta por su plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>0 USD / 375 USD / 750 USD / 1500 USD / 3000 USD / 7500 USD / 10.000 USD</b><br><b>0 EUR / 275 EUR / 550 EUR / 1100 EUR / 2200 EUR / 5500 EUR / 7400 EUR</b><br><b>0 GBP / 250 GBP / 500 GBP / 1000 GBP / 2000 GBP / 5000 GBP / 6650 GBP</b>                               |
| <b>Copago después del deducible y desembolso máximo</b><br>El <i>coste compartido</i> es el porcentaje de cada solicitud de reembolso no cubierto por su plan.<br><br>El <i>desembolso máximo</i> es la cantidad máxima de <i>coste compartido</i> que <i>usted</i> tendría que pagar en un <i>período de cobertura</i> .<br><br>La cantidad de <i>coste compartido</i> se calcula después de tener en cuenta el <i>deducible</i> . Solo las cantidades que <i>usted</i> paga relacionadas con el <i>coste compartido</i> contribuyen al <i>desembolso máximo</i> . | <p><b>En primer lugar, escoja su porcentaje de coste compartido:</b></p> <p><b>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</b></p> <p><b>A continuación, escoja su desembolso máximo:</b></p> <p><b>2000 USD o 5000 USD</b><br/> <b>1480 EUR o 3700 EUR</b><br/> <b>1330 GBP o 3325 GBP</b></p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Evacuación médica</b><br>Cualquier deducible elegido en su cobertura principal no se aplicará a esta prestación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>50.000 USD</b><br><b>37.000 EUR</b><br><b>33.250 GBP</b> |
| <p>Traslado al centro de excelencia médica más cercano si el <i>tratamiento</i> que necesita el <i>beneficiario</i> no está disponible a nivel local en caso de urgencia.</p> <p>Si un <i>beneficiario</i> requiere <i>tratamiento de urgencia</i>, pagaremos la evacuación médica para que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea trasladado al <i>hospital</i> más cercano donde esté disponible el <i>tratamiento</i> necesario (incluso aunque esté en otra parte del país o en otro país); y</li> <li>• regrese al lugar desde el que fue trasladado, siempre y cuando el viaje de regreso tenga lugar no más de 14 días después de la conclusión del <i>tratamiento</i>.</li> </ul> <p>En lo que respecta al viaje de regreso, pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el precio de un pasaje de avión en clase turista o</li> <li>• el coste razonable del viaje por tierra o por mar, el que fuera inferior.</li> </ul> <p>Solamente pagaremos tarifas de taxi si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• es médicamente preferible que el <i>beneficiario</i> viaje al aeropuerto en taxi, en lugar de hacerlo en ambulancia; y</li> <li>• se ha obtenido previamente la aprobación del <i>servicio de asistencia médica</i>.</li> </ul> <p>Pagaremos la evacuación (aunque no la repatriación) en el caso de que el <i>beneficiario</i> precise pruebas diagnósticas o <i>tratamiento</i> para el cáncer (como por ejemplo quimioterapia) si, en opinión de <i>nuestro servicio de asistencia médica</i>, la evacuación es apropiada y <i>médicamente necesaria</i> en las circunstancias dadas.</p> <p>No pagaremos ningún otro gasto relacionado con la evacuación (como, por ejemplo, gastos de alojamiento).</p> <p><b>Notas importantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si necesita <i>usted</i> regresar al <i>hospital</i> desde el que fue evacuado para recibir un <i>tratamiento</i> de seguimiento, no pagaremos gastos de viaje ni dietas.</li> <li>• Nos reservamos el derecho de rechazar la cobertura de los costes en los casos de servicios de evacuación/repatriación que no estén organizados por <i>nosotros</i>.</li> </ul> |                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Repatriación médica</b><br>Cualquier deducible elegido en su cobertura principal no se aplicará a esta prestación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>100.000 USD</b><br><b>74.000 EUR</b><br><b>66.500 GBP</b> |
| <p>Si un <i>beneficiario</i> requiere una repatriación médica como resultado de una enfermedad grave o tras un acontecimiento traumático o <i>cirugía</i>, pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• su regreso a su <i>país de residencia habitual</i> o <i>país de origen</i>; y</li> <li>• su regreso al lugar desde el que fue trasladado, siempre y cuando el viaje de regreso tenga lugar no más de 14 días después de la conclusión del <i>tratamiento</i>.</li> </ul> <p>El viaje anteriormente mencionado debe ser aprobado previamente por nuestro <i>servicio de asistencia médica</i> y para evitar dudas se requiere que todos los gastos de transporte sean razonables y habituales.</p> <p>En lo que respecta al viaje de regreso, pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el precio de un pasaje de avión en clase turista o</li> <li>• el coste razonable del viaje por tierra o por mar, el que fuera inferior.</li> </ul> <p>Solamente pagaremos tarifas de taxi si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• es médicamente preferible que el <i>beneficiario</i> viaje al aeropuerto en taxi, en lugar de hacerlo en ambulancia; y</li> <li>• se ha obtenido previamente la aprobación del <i>servicio de asistencia médica</i>.</li> </ul> <p>No pagaremos ningún otro gasto relacionado con la repatriación (como por ejemplo gastos de alojamiento).</p> <p><b>Notas importantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si necesita regresar al <i>hospital</i> desde el que fue repatriado para recibir un <i>tratamiento</i> de seguimiento, no pagaremos gastos de viaje ni dietas.</li> <li>• Si un <i>beneficiario</i> se pone en contacto con el <i>servicio de asistencia médica</i> para solicitar el acuerdo previo para la repatriación, pero el <i>servicio de asistencia médica</i> no considera que la repatriación sea médicamente apropiada, podemos disponer en su lugar la evacuación del <i>beneficiario</i> al <i>hospital</i> más cercano donde esté disponible el <i>tratamiento</i> necesario. Repatriaremos posteriormente al <i>beneficiario</i> a su <i>país de origen</i> o <i>país de residencia habitual</i> especificado cuando su estado sea estable y sea médicamente apropiado hacerlo.</li> <li>• Nos reservamos el derecho de rechazar los costes en los casos de servicios de repatriación que no estén organizados por <i>nosotros</i>.</li> </ul> |                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Repatriación de restos mortales</b><br>Cualquier deducible elegido en su cobertura principal no se aplicará a esta prestación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>25.000 USD</b><br><b>18.500 EUR</b><br><b>16.500 GBP</b> |
| <p>Si un <i>beneficiario</i> fallece fuera de su <i>país de residencia habitual</i> durante el <i>período de cobertura</i>, el servicio de <i>asistencia médica</i> dispondrá que sus restos mortales sean devueltos a su <i>país de residencia habitual</i> o país de <i>origen</i> tan pronto como sea razonablemente posible, sujeto a los requisitos y limitaciones de las líneas aéreas.</p> <p>No pagaremos ningún gasto relacionado con el enterramiento o cremación ni los gastos de transporte para que una persona recoja o acompañe los restos mortales del <i>beneficiario</i>.</p> <p><b>Nota importante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nos reservamos el derecho de rechazar los costes en los casos de servicios de repatriación que no estén organizados por <i>nosotros</i>.</li> </ul> |                                                             |

**Las siguientes notas importantes y condiciones generales se aplican a toda la cobertura que se proporciona bajo las prestaciones de evacuación médica, repatriación médica y repatriación de restos mortales.**

## Notas importantes

Los servicios que se describen en esta sección los proporciona u organiza el servicio de *asistencia médica* de acuerdo con esta póliza.

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

- todas las evacuaciones y repatriaciones deberá aprobarlas con antelación el servicio de *asistencia médica*, con el que se puede poner en contacto a través del Equipo de atención al cliente (Consulte la [página 3](#) para ver los datos de contacto);
- el *tratamiento* por el cual o tras el cual es necesario realizar una evacuación o repatriación deberá ser recomendado por un *enfermero cualificado* o un *médico*;
- los servicios de evacuación y repatriación solo están disponibles con esta *póliza* si el *beneficiario* está siendo tratado (o necesita ser tratado) en régimen de *hospitalización* o en régimen *diurno*;
- el *tratamiento* por el cual se precisa evacuación o repatriación deberá:
  - ser un *tratamiento* por el que el *beneficiario* disponga de cobertura conforme a esta *póliza*; y
  - no estar disponible en la ubicación desde la que el *beneficiario* va a ser evacuado o repatriado;
  - el *beneficiario* ya debe contar con cobertura bajo la cobertura básica de Close Care<sup>SM</sup>, antes de necesitar el servicio de evacuación o repatriación;
  - el *beneficiario* deberá contar con cobertura en el *área geográfica de cobertura seleccionada* que incluya el país donde se proporcionará el *tratamiento* tras la evacuación o repatriación (el *tratamiento* en EE. UU. está excluido a menos que el *beneficiario* haya adquirido *cobertura en EE. UU. como país de residencia habitual o país de nacionalidad*).
- Solo pagaremos los servicios de evacuación o repatriación si todas las disposiciones las ha aprobado de antemano *nuestro servicio de asistencia médica*. Antes de conceder la aprobación, debemos recibir toda la información o pruebas que razonablemente podamos solicitar;
- No aprobaremos ni pagaremos ninguna evacuación o repatriación si, en *nuestra* razonable opinión, no es adecuada o si va en contra de la recomendación médica. Para poder decidir si una evacuación o repatriación es adecuada, *nos* remitiremos a la práctica clínica y médica establecida;
- En ocasiones es posible que realicemos una revisión de esta cobertura y nos reservamos el derecho a ponernos en contacto con *usted* para obtener más información cuando sea razonable.

## Condiciones generales

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

## Cómo funciona la cobertura médica de evacuación, repatriación y emergencia fuera de la zona de cobertura:

**Reside en España y su país de nacionalidad es Francia.**

### Ejemplo 1:

Necesita tratamiento de urgencia después de un ictus en casa; sin embargo, el tratamiento no está disponible para usted localmente. Pagaremos el traslado al hospital más cercano donde esté disponible este tratamiento; puede ser dentro de España o más allá de la frontera de Portugal.

Si es trasladado a un hospital de Portugal, cualquier tratamiento de emergencia se incluirá en la prestación de cobertura de emergencia fuera de la zona de cobertura de hasta 40.000 USD / 29.600 EUR / 26.600 GBP. La evacuación médica a Portugal estaría cubierta por el beneficio de evacuación médica de hasta 50.000 USD / 37.000 EUR / 33.250 GBP. Si recibe tratamiento localmente en España (región de cobertura), los costes del tratamiento estarían cubiertos por la cobertura hospitalaria básica.

### Ejemplo 2:

Necesita tratamiento de urgencia, después de una intervención quirúrgica por un infarto, mientras está de vacaciones en Tailandia (**fuera de la zona de cobertura**). Le pagaremos la repatriación a Francia o España (países de cobertura) después de la intervención quirúrgica. El tratamiento de emergencia tras un infarto de miocardio estaría cubierto por el beneficio de emergencia fuera de la zona de cobertura hasta 40.000 USD / 29.600 EUR / 26.600 GBP. La repatriación a Francia o España se cubriría hasta 100.000 USD / 74.000 EUR / 66.500 GBP.

Las páginas siguientes detallan las prestaciones opcionales que puede añadir a la cobertura principal de su seguro médico internacional.



Consulte su certificado de seguro para recordar exactamente de qué cobertura dispone.

## Cuidado y Bienestar y Atención Ambulatoria

### Módulo opcional

La Atención Ambulatoria y de Bienestar le cubre de forma más completa la atención *ambulatoria* que pueda surgir cuando no sea necesario un ingreso *hospitalario* como paciente *ambulatorio* u *hospitalario*. Las prestaciones incluyen la cobertura de las consultas con *médicos* y especialistas, medicamentos y apósitos prescritos, fisioterapia y tratamientos osteopáticos y quiroprácticos. Como su socio de salud integral, también estará cubierto para una serie de pruebas de detección previas de cáncer, exámenes físicos rutinarios para adultos y tendrá acceso a nuestro Programa de Asistencia de Gestión de Vida y nuestro Coaching de Bienestar Telefónico.

Tenga en cuenta que solo abonaremos el *tratamiento médicamente necesario* en régimen *ambulatorio* en un servicio de urgencias de un *hospital* tras un accidente, enfermedad repentina y/o situación de riesgo vital si el *beneficiario* ha seleccionado la opción de Atención Ambulatoria y de Bienestar. Solo cubriremos el *tratamiento* de urgencia *ambulatorio* en un servicio de urgencias hasta el límite máximo de la indemnización aplicable.

**No necesita autorización previa para la mayoría de las prestaciones de Asistencia Ambulatoria y Bienestar. No obstante, se requiere autorización previa para las siguientes prestaciones ambulatorias:**

Tratamientos de fisioterapia, quiropráctica y osteopatía cuando haya sobrepasado las 10 sesiones (Nota: no se requiere autorización previa para las 10 primeras sesiones remitidas por un *médico*).

### SU LÍMITE GLOBAL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Máximo total anual de indemnización:<br/>por beneficiario y por período de cobertura</b><br>Incluye las solicitudes de reembolso pagadas en todas las secciones de la Atención Ambulatoria y de Bienestar.                                                                                                                                             | <b>5000 USD<br/>3700 EUR<br/>3325 GBP</b> |
| <b>Consultas con médicos y especialistas</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .                                                                                                                                                                                                                   | <b>650 USD<br/>500 EUR<br/>425 GBP</b>    |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Pagaremos las consultas o visitas a un <i>médico</i> que sean necesarias para diagnosticar una enfermedad o para ordenar o recibir un <i>tratamiento</i>.</li><li>• Pagaremos el <i>tratamiento</i> no quirúrgico <i>ambulatorio</i> recomendado por un especialista como <i>médicamente necesario</i>.</li></ul> |                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Consultas de telemedicina</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .<br>Se trata de un límite de garantía combinado con la garantía de <i>médicos</i> y <i>especialistas</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>650 USD</b><br><b>500 EUR</b><br><b>425 GBP</b> |
| <p>Pagaremos las consultas por vídeo y teléfono con un <i>profesional médico</i> o especialista de su elección, destinadas a facilitar la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento, la formación y la gestión asistencial de un <i>beneficiario</i> por parte de un profesional sanitario.</p> <p>Las consultas de telemedicina con un profesional sanitario tienen los siguientes límites:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 sesión inicial y</li> <li>• 2 sesiones de seguimiento</li> </ul> <p>Cualquier otra sesión está sujeta a la aprobación previa y requiere un informe médico que debe ser proporcionado por el <i>médico</i>. El informe médico debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la evolución del trastorno médico</li> <li>• el objetivo del tratamiento</li> <li>• el plan de tratamiento y la cantidad estimada de sesiones que se requerirán.</li> </ul> <p><b>Notas importantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los gastos de telemedicina no podrán superar el coste de una consulta presencial equivalente. Los gastos que se consideren excesivos, no razonables o inusuales no estarán cubiertos o el importe de la prestación que se abone será menor.</li> <li>• Esta prestación se abona hasta el máximo combinado de la prestación de consultas con <i>médicos</i> y <i>especialistas</i>.</li> </ul> |                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Pruebas patológicas, de radiología y diagnóstico (excepto imagen médica avanzada)</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>1000 USD</b><br><b>740 EUR</b><br><b>665 GBP</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos las pruebas siguientes cuando sean <i>médicamente necesarias</i> y hayan sido recomendadas por un especialista como parte del <i>tratamiento ambulatorio</i> de un <i>beneficiario</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pruebas de sangre y orina;</li> <li>• radiografías;</li> <li>• ecografías;</li> <li>• electrocardiogramas (ECG), y</li> <li>• otras <i>pruebas diagnósticas</i> (excluyen las pruebas de imagen médica avanzada).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Nota importante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el marco de esta prestación, pagaremos las pruebas <i>médicamente necesarias</i> realizadas en régimen <i>ambulatorio</i> en caso de pandemia, epidemia o brote de enfermedades infecciosas, de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dichas pruebas diagnósticas ambulatorias no estarán cubiertas por la prestación de hospitalización por pandemias, epidemias y brotes de enfermedades infecciosas.</li> </ul> |                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Fisioterapia</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .<br><b>Esta prestación requiere autorización previa*.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>1000 USD</b><br><b>740 EUR</b><br><b>665 GBP</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos este <i>tratamiento</i> de fisioterapia en régimen <i>ambulatorio</i> si es <i>médicamente necesario</i> y de carácter reparador para ayudarle a realizar las actividades normales de la vida cotidiana. El <i>tratamiento</i> debe ser provisto por un profesional debidamente cualificado que tenga la licencia apropiada para ejercer en el país donde se reciba el <i>tratamiento</i>. Esto excluye cualquier <i>tratamiento</i> de medicina deportiva.</li> </ul> <p>* Después de las 10 sesiones iniciales, será necesaria una autorización previa para continuar con estos tratamientos ambulatorios, que será revisada por nuestro equipo clínico en función de la necesidad médica.</p> |                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Osteopatía y tratamiento quiropráctico</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .<br><b>Esta prestación requiere autorización previa*.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>650 USD</b><br><b>500 EUR</b><br><b>425 GBP</b>    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos la osteopatía y la quiropráctica que sean <i>tratamientos basados en la evidencia, médicamente necesarios</i> y que estén recomendados por un especialista, si un <i>médico</i> recomienda el <i>tratamiento</i> y realiza una derivación. El <i>tratamiento</i> debe administrarlo un médico con la cualificación debida que posea la licencia pertinente para ejercer en el país donde se recibe el <i>tratamiento</i>. Esto excluye cualquier <i>tratamiento</i> de medicina deportiva.</li> </ul> <p>* Después de las 10 sesiones iniciales, será necesaria una autorización previa para continuar con estos tratamientos <i>ambulatorios</i>, que será revisada por nuestro equipo clínico en función de la necesidad médica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |
| <b>Acupuntura y medicina china</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>650 USD</b><br><b>500 EUR</b><br><b>425 GBP</b>    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos consultas con un acupuntor y un médico de medicina china si dichos <i>tratamientos</i> los ha recomendado un <i>médico</i>. El <i>tratamiento</i> debe ser administrado por un médico con la cualificación debida que posea la licencia pertinente para ejercer en el país donde se recibe el <i>tratamiento</i>.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |
| <b>Apósitos y fármacos con prescripción</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>500 USD</b><br><b>370 EUR</b><br><b>330 GBP</b>    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos los medicamentos y apósitos con receta recetados por un <i>médico</i> en régimen <i>ambulatorio</i>.</li> </ul> <p><b>Nota importante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos recetados por un <i>médico</i> en <i>Estados Unidos</i> entregados por una farmacia en <i>Estados Unidos</i> están sujetos a nuestra lista de medicamentos del formulario.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |
| <b>Alquiler de equipos médicos duraderos</b><br>Hasta 45 días y el límite total indicado por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>1500 USD</b><br><b>1100 EUR</b><br><b>1000 GBP</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos el alquiler de equipos médicos duraderos hasta 45 días por <i>período de cobertura</i>, si el uso de dicho equipo está recomendado por un especialista con el fin de apoyar el <i>tratamiento</i> del <i>beneficiario</i>.</li> <li>• Solo pagaremos el alquiler de equipo médico duradero que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• no sea desechable y pueda utilizarse más de una vez;</li> <li>• tenga un fin médico;</li> <li>• sea adecuado para el uso en el hogar; y</li> <li>• sea solo de un tipo utilizado normalmente por una persona que sufra los efectos de una enfermedad, dolencia o <i>lesión</i>.</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                       |
| <b>Vacunación en adultos</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>250 USD</b><br><b>185 EUR</b><br><b>165 GBP</b>    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos determinadas vacunas e inmunizaciones que sean clínicamente apropiadas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |
| <b>Accidentes dentales</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>500 USD</b><br><b>370 EUR</b><br><b>330 GBP</b>    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si un <i>beneficiario</i> precisa tratamiento dental como resultado de lesiones que haya sufrido en un accidente, pagaremos el tratamiento dental <i>ambulatorio</i> para todo diente natural sano dañado o afectado por el accidente, siempre y cuando el <i>tratamiento</i> comience inmediatamente después del accidente y finalice en un plazo de 30 días desde la fecha del accidente.</li> <li>• Para aprobar este <i>tratamiento</i>, solicitaremos la confirmación del <i>dentista</i> que trate al <i>beneficiario</i> sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la fecha del accidente, y</li> <li>• el hecho de que el diente o los dientes que sean objeto del <i>tratamiento</i> propuesto son dientes naturales sanos.</li> </ul> </li> <li>• Pagaremos este <i>tratamiento</i> en lugar de cualquier otro <i>tratamiento dental</i> al que pueda tener derecho el <i>beneficiario</i> en virtud de esta <i>póliza</i>, cuando necesite <i>tratamiento</i> tras sufrir daños accidentales en uno o varios dientes.</li> <li>• No pagaremos la reparación o provisión de implantes dentales, coronas o dentaduras postizas conforme a esta parte de la presente <i>póliza</i>.</li> </ul> |                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Control pediátrico</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>1000 USD</b><br><b>740 EUR</b><br><b>665 GBP</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagadero para niños en las <i>pertinentes franjas de edad</i> hasta los 6 años.</li> <li>• Pagaremos las pruebas de bienestar rutinarias de los niños en cualquiera de las <i>correspondientes franjas de edad</i> realizadas por un <i>médico</i> para prestar cuidados preventivos consistentes en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluación del historial médico;</li> <li>• reconocimientos físicos;</li> <li>• valoración del desarrollo;</li> <li>• orientación preventiva; y</li> <li>• vacunas y pruebas de laboratorio adecuadas, para niños menores de 6 años.</li> </ul> </li> </ul> <p>Pagaremos 1 visita al <i>médico</i> en cada una de las <i>frangas de edad apropiadas</i> (hasta un total de 13 visitas por niño) para recibir servicios de atención preventiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Además, pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 control de salud de entrada al colegio para evaluar el crecimiento, la audición y la visión, por cada niño menor de 6 años, y</li> <li>• prueba para diagnosticar la retinopatía diabética para niños mayores de 12 años diabéticos.</li> </ul> </li> </ul> |                                                     |

|                                                                                                                                                                            |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Vacunación infantil</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado</i> y por <i>período de cobertura</i> .                                                      | <b>1000 USD</b><br><b>740 EUR</b><br><b>665 GBP</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos determinadas vacunas e inmunizaciones que sean clínicamente apropiadas para niños de 0 a menores de 17 años.</li> </ul> |                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Examen oftalmológico y prueba de audición anual para niños menores de 15 años</b><br>Máximo total anual de indemnización por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i> .                                                           | <b>Ilimitado</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos las siguientes pruebas rutinarias para niños de 0 a menores de 15 años: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 revisión ocular, y</li> <li>• 1 revisión auditiva.</li> </ul> </li> </ul> |                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible (varios)</b><br>Un <i>deducible</i> es la cantidad que <i>usted</i> debe pagar antes de que cualquier solicitud de reembolso quede cubierta por su plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>0 USD / 150 USD / 500 USD / 1000 USD / 1500 USD</b><br><b>0 EUR / 110 EUR / 370 EUR / 700 EUR / 1100 EUR</b><br><b>0 GBP / 100 GBP / 335 GBP / 600 GBP / 1000 GBP</b>                                          |
| <b>Copago después del deducible y desembolso máximo</b><br><i>El coste compartido</i> es el porcentaje de cada solicitud de reembolso no cubierto por su plan.<br><br><i>El desembolso máximo</i> es la cantidad máxima de <i>coste compartido</i> que <i>usted</i> tendría que pagar en un <i>período de cobertura</i> .<br><br>La cantidad de <i>coste compartido</i> se calcula después de tener en cuenta el <i>deducible</i> . Solo las cantidades que <i>usted</i> paga relacionadas con el <i>coste compartido</i> contribuyen al <i>desembolso máximo</i> . | <b>Elija su porcentaje de participación en los costes:</b><br><br><b>0 % / 10 % / 20 % / 30 %</b><br><br><b>y su desembolso máximo aplicable es:</b><br><br><b>3000 USD</b><br><b>2200 EUR</b><br><b>2000 GBP</b> |

## SUS PRESTACIONES DE CUIDADO Y BIENESTAR

Las prestaciones enumeradas a continuación solo se conceden a los beneficiarios **mayores de 18 años**. Cualquier deducible elegido por el tomador del seguro y todos los beneficiarios se aplicará únicamente a las prestaciones ambulatorias. El deducible no se aplicará a las prestaciones de cuidado y bienestar señaladas en la página 31.

| <b>Programa de asistencia de gestión vital</b><br>No se aplica el deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Incluido</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <p>Nuestro programa de Asistencia de gestión vital está disponible las 24 horas del día, los 7 días a la semana, los 365 días del año, lo que significa que puede contactar con el servicio para acceder a asistencia confidencial gratuita sobre cualquier cuestión laboral, vital, personal o familiar que sea de importancia para usted, en el momento que mejor se adapte a usted.</p> <p>Tendrá acceso a los siguientes servicios y herramientas:</p> <p><b>Asesoramiento a corto plazo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta 6 sesiones de asesoramiento por teléfono, video, o presencialmente por tema y <i>período de cobertura</i>. Los casos de uso comunes incluyen: manejo de la ansiedad y la depresión, apoyo para relaciones familiares y de pareja, duelos y más.</li> </ul> <p><b>Salud conductual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta 6 sesiones con un coach de conciencia plena por teléfono por <i>período de cobertura</i>. Es beneficioso para las personas que atraviesan períodos de estrés, y dificultades con el enfoque y la concentración.</li> <li>Un programa de autoayuda en línea de terapia cognitivo conductual (TCC) para abordar la ansiedad, la depresión y el estrés leves o moderados, con acceso ilimitado al programa durante 6 meses.</li> </ul> <p><b>Asistencia profesional y en el lugar de trabajo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sesiones telefónicas de coaching vital para ayudar con el crecimiento personal y el desarrollo profesional en el trabajo.</li> <li>Sesiones telefónicas con un asesor para que los gerentes desarrollen sus habilidades de gestión de personal.</li> </ul> <p><b>Necesidades prácticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo telefónico inmediato ilimitado para recibir asistencia en directo.</li> <li>Referencias e información preseleccionadas para ayudarle con sus demandas diarias, como logística de reubicación, cuidado de niños o ancianos, servicios jurídicos o financieros.</li> </ul> <p><b>Notas importantes:</b></p> <p>Este servicio no es adecuado en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si cree que existe un riesgo inminente de daños para usted u otras personas.</li> <li>Si tiene alguna adicción, ya sea a drogas o si su trastorno no le permite controlar sus impulsos de, por ejemplo, ludopatía.</li> <li>Si tiene síntomas o un diagnóstico o trastornos de salud mental distintos de ansiedad o depresión, por ejemplo trastorno límite de la personalidad.</li> </ul> <p><b>Para utilizar el Programa de asistencia a la gestión de la vida, póngase en contacto con nosotros a través de una de las siguientes opciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Llámenos:</b> +1 984 810 5338 (Línea exclusiva para clientes de Cigna Global Health Options, los clientes deben identificarse con: «Programa de asistencia de gestión vital». Puede marcar este número directamente desde la sección «Apoyo a la salud mental» de la aplicación Cigna Wellbeing®).</li> <li><b>Chat en directo:</b> accesible a través de la <a href="#">página web</a>. Para iniciar sesión, introduzca «assist» como «company code» (código de empresa). Para acceder al chat en vivo, haga clic en «LIVECONNECT» en la parte superior de la página de inicio.</li> <li><b>Solicite una devolución de llamada a través de la aplicación Cigna Wellbeing®.</b></li> </ul> <p>Este servicio es prestado por nuestro proveedor de asesoramiento seleccionado.</p> |                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Asesoramiento de bienestar</b><br>No se aplica el deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Incluido</b> |
| <p>Le asignaremos su propio coach de bienestar personal cualificado, formado específicamente en cambios de comportamientos de salud. Su coach trabajará con usted para identificar un objetivo de bienestar específico que sea importante para usted, y le apoyará en la creación de un plan de bienestar en torno a una de las siguientes áreas de atención: control de peso, alimentación saludable, actividad física, sueño, manejo del estrés y abandono del tabaquismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tendrá usted acceso a 6 sesiones de coaching telefónico confidencial por área de atención y por período de cobertura con su coach dedicado para desarrollar su estrategia y motivación y alcanzar su objetivo de bienestar.</i></li> <li>• <i>Su coach personal le apoyará con consejos y recomendaciones que se pueden implementar entre sus 6 sesiones de coaching para garantizar cambios duraderos en su estilo de vida.</i></li> </ul> <p>Las sesiones de coaching se imparten por teléfono, lo que le permite acceder a ellas desde la comodidad de su propio hogar y programarlas para el momento que desee, según el huso horario y el idioma elegido.</p> <p>Tenga en cuenta que este es un servicio confidencial.</p> <p><b>Para utilizar la prestación Coaching de bienestar, póngase en contacto con nosotros a través de una de las siguientes opciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Llámenos:</b> +1 984 810 5338 (Línea exclusiva para clientes de Cigna Global Health Options, los clientes deben identificarse</li> <li>• ellos mismos con: «Programa de asistencia de gestión vital». Puede marcar este número directamente desde el «Apoyo a la salud mental»</li> <li>• de la aplicación Cigna Wellbeing®).</li> <li>• <b>Chat en directo:</b> accesible a través de la <a href="#">página web</a>. Para iniciar sesión, introduzca «assist» como «company code» (código de empresa). Para acceder al chat en vivo, haga clic en «LIVECONNECT» en la parte superior de la página de inicio.</li> <li>• <b>Solicite una devolución de llamada a través de la aplicación Cigna Wellbeing®.</b></li> </ul> <p>Este servicio es prestado por nuestro proveedor de asesoramiento seleccionado.</p> |                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Reconocimiento médico rutinario para adultos</b><br>Hasta el límite total indicado por <i>asegurado y por período de cobertura</i> .<br>No se aplica el deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>225 USD</b><br><b>165 EUR</b><br><b>150 GBP</b> |
| <p>Pagaremos los exámenes físicos rutinarios de adultos mayores de 18 años. La evaluación sanitaria puede incluir, entre otras cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas de altura y peso</li> <li>• Perímetro de cintura</li> <li>• Índice de masa corporal (IMC)</li> <li>• Porcentaje de grasa corporal</li> <li>• La presión arterial</li> <li>• Análisis de orina</li> <li>• Prueba de colesterol</li> <li>• Hemograma completo</li> <li>• Evaluación fisiológica y del equilibrio</li> </ul> |                                                    |

Cualquier deducible elegido en el módulo opcional de atención ambulatoria y de bienestar no se aplicará a las prestaciones enumeradas a continuación.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Detección del cáncer de cuello uterino</b></p> <p>Hasta el límite por proyección y el límite total combinado indicado por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i>.<br/>Para las mujeres <i>beneficiarias</i> a partir de 25 años de edad, proporcionaremos cobertura cada 3 años para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I prueba de Papanicolaou (citología); y</li> <li>• I prueba de ADN del VPH.</li> </ul>                                                                     | <p><b>Por límite de<br/>revisión</b><br/><b>225 USD</b><br/><b>165 EUR</b><br/><b>150 GBP</b></p> <p><b>Límite agregado<br/>combinado de</b><br/><b>400 USD</b><br/><b>300 EUR</b><br/><b>260 GBP</b></p> |
| <p><b>Detección del cáncer de próstata</b></p> <p>Hasta el límite por proyección y el límite total combinado indicado por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos I examen de próstata (análisis del antígeno prostático específico -PSA-) para hombres <i>beneficiarios</i> de 50 años o mayores.</li> </ul>                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Revisión preventiva de cáncer de mama</b></p> <p>Hasta el límite por proyección y el límite total combinado indicado por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35-39 años: I mamografía de referencia para mujeres asintomáticas.</li> <li>• 40-49 años: I mamografía para mujeres asintomáticas cada 2 años.</li> <li>• Mayores de 50 años: I mamografía cada año.</li> </ul> </li> </ul> |                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Cribado del cáncer de colon</b></p> <p>Hasta el límite por proyección y el límite total combinado indicado por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i>.<br/>Para los <i>beneficiarios</i> de ambos sexos a partir de los 45 años, cubriremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I prueba de sangre oculta en heces (FOB) o I prueba inmunoquímica fecal (FIT) al año</li> <li>• I colonoscopia cada 7 años.</li> </ul>                                                              |                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Revisión preventiva de cáncer de piel</b></p> <p>Hasta el límite por proyección y el límite total combinado indicado por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos I examen para detectar el cáncer de piel para hombres y mujeres de o mayores de 18 años.</li> </ul>                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Revisión preventiva de cáncer de pulmón</b></p> <p>Hasta el límite por proyección y el límite total combinado indicado por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos I examen para detectar el cáncer de pulmón para hombres y mujeres de o mayores de 45 años que sean o hayan sido fumadores.</li> </ul>                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Densitometría ósea</b></p> <p>Hasta el límite por proyección y el límite total combinado indicado por <i>beneficiario</i> por <i>período de cobertura</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagaremos una exploración para determinar la densidad de los huesos de los <i>beneficiarios</i> cuando sea <i>médicamente necesario</i>.</li> </ul>                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                           |

# Tratamiento y cuidado dental

## Módulo opcional

Mantenga su salud bucodental con la opción de Tratamiento y Atención Dental. Esta opción le cubre para una amplia gama de tratamientos dentales preventivos, usuales y mayores.

### SU LÍMITE GLOBAL

|                                                                                   |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Máximo total anual de prestación: por beneficiario y período de cobertura.</b> | <b>750 USD<br/>550 EUR<br/>500 GBP</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Tratamiento dental preventivo</b><br>Después de que el beneficiario haya estado cubierto en esta opción durante 3 meses.<br>Máximo total anual de indemnización por beneficiario por período de cobertura.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Ilimitado</b> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Pagaremos los siguientes tratamientos dentales preventivos recomendados por un <i>dentista</i> después de que el <i>beneficiario</i> haya tenido la cobertura de Tratamiento y Atención Odontológica durante al menos 3 meses:<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 revisiones dentales por período de cobertura;</li><li>• radiografías, incluyendo radiografía interproximal, de una vista y ortopantomografía (OPG);</li><li>• raspado y pulido, incluida la aplicación tópica de fluoruro cuando sea necesario (2 por período de cobertura);</li><li>• 1 protector bucal por período de cobertura;</li><li>• 1 férula dental por período de cobertura; y</li><li>• sellador de fisuras.</li></ul></li></ul> |                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Tratamiento dental de rutina</b><br>Después de que el beneficiario haya estado cubierto en esta opción durante 3 meses.<br>Máximo total anual de indemnización por beneficiario por período de cobertura.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>80 % de reembolso por período de cobertura</b> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Pagaremos los costes de <i>tratamiento</i> de los siguientes tratamientos odontológicos estándares después de que el <i>beneficiario</i> haya tenido la cobertura de Tratamiento y Atención Odontológica durante al menos 3 meses (si ese <i>tratamiento</i> es necesario para mantener la salud bucodental continuada y está recomendado por un <i>dentista</i>):<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>tratamiento</i> de conductos radiculares;</li><li>• extracciones;</li><li>• intervenciones quirúrgicas;</li><li>• <i>tratamiento</i> ocasional;</li><li>• anestesia, y</li><li>• <i>tratamiento</i> periodontal.</li></ul></li></ul> |                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Tratamiento dental reparador complejo</b><br>Después de que el beneficiario haya estado cubierto en esta opción durante 12 meses.<br>Máximo total anual de indemnización por beneficiario por período de cobertura.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>70 % de reembolso por período de cobertura</b> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Pagaremos los costes del <i>tratamiento</i> de los siguientes tratamientos dentales restauradores principales si el <i>beneficiario</i> ha tenido la cobertura de Tratamiento y Atención Odontológica durante al menos 12 meses:<ul style="list-style-type: none"><li>• dentaduras postizas (acrílicas/sintéticas, metálicas y metálicas/acrílicas);</li><li>• coronas;</li><li>• empastes; y</li><li>• colocación de implantes dentales.</li></ul></li><li>• Si un <i>beneficiario</i> necesita un tratamiento dental restaurador importante antes del plazo de 12 meses de la opción de Tratamiento y Atención Odontológica, pagaremos el 50 % de los costes del <i>tratamiento</i>.</li></ul> |                                                   |

## Exclusiones de la atención dental

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

No pagaremos:

- *Tratamientos puramente cosméticos* u otros *tratamientos* que no sean necesarios para una salud oral continuada o mejorada.
- La sustitución de dispositivos dentales que se hayan perdido o hayan sido robados, ni ningún *tratamiento* relacionado.
- La sustitución de un puente, corona o dentadura postiza que (en la razonable opinión de un *dentista* de competencia y práctica ordinaria dentro del *país de residencia habitual del beneficiario*) pueda repararse y volverse a utilizar.
- La sustitución de un puente, corona o dentadura postiza dentro los cinco 5 años de su colocación original, a menos que:
  - se haya dañado sin posibilidad de reparación, durante su uso, como consecuencia de una *lesión* dental sufrida por el *beneficiario* mientras esté cubierto por esta póliza;
  - la sustitución sea necesaria porque el *beneficiario* necesite someterse a la extracción de algún diente natural sano; o
  - la sustitución sea necesaria debido a la colocación de una dentadura postiza completa original.
- Fundas acrílicas o de porcelana.
- Coronas o puentes sobre, o en sustitución de, el primer, segundo y tercer molares superiores e inferiores, a menos que:
  - estén realizados en porcelana, compuestos metálicos o metal solo (por ejemplo, una corona de aleación de oro); o
  - sea necesario implantar una corona o un puente temporales como parte de la rutina de un tratamiento dental de emergencia.
- *Tratamientos*, procedimientos y materiales que sean experimentales o que no se ajusten a los estándares dentales generalmente aceptados.
- *Tratamientos* para implantes dentales directa o indirectamente relacionados con:
  - rechazo del implante;
  - ruptura o integración ósea;
  - periimplantitis;
  - sustitución de coronas, puentes o dentaduras postizas; o
  - cualquier accidente o *tratamiento de urgencia*, incluido para cualquier dispositivo protésico.
- Asesoramiento sobre control de la placa, higiene oral y dieta.
- Servicios y suministros, entre otros, enjuagues bucales, cepillos de dientes y dentífricos.
- El *tratamiento* médico llevado a cabo en el *hospital* por un especialista bucodental puede estar cubierto por su *cobertura principal* y/o la opción de Atención Ambulatoria y de Bienestar, si se ha contratado esta opción, excepto cuando el tratamiento dental sea el motivo de su *hospitalización*.
- Registro de la mordida, accesorios de precisión o semiprecisión.
- Cualquier *tratamiento*, procedimiento, aparato o restauración (excepto dentaduras postizas completas) si su finalidad principal es:
  - cambiar las dimensiones verticales;
  - diagnosticar o tratar *afecciones* o disfunciones de la articulación temporomandibular;
  - estabilizar piezas dentales afectadas por periodontitis; o
  - restablecer la oclusión.



**Mejora de la salud y la  
vitalidad de las personas  
a las que atendemos.**

# Cómo ponerse en contacto con nosotros

Si tiene alguna pregunta sobre su póliza, necesita aprobación para recibir tratamiento o precisa de cualquier otro servicio, contacte con nuestro Equipo de Atención al Cliente, que está disponible 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año.\*



## UTILICE SU ÁREA DEL CLIENTE

Hable por chat con nosotros  
Envíenos un mensaje  
Pídanos que le llamemos



O bien, escríbanos un correo a:  
[cignaglobal\\_customer.care@cigna.com](mailto:cignaglobal_customer.care@cigna.com)



## LLÁMENOS

Internacional: **+44 (0) 1475 788 182**  
EE. UU.: **800 835 7677** (gratuito)  
Hong Kong: **2297 5210** (gratuito)  
Singapur: **800 186 5047** (gratuito)

Los datos de la compañía *Cigna Healthcare* que proporciona la cobertura de *su póliza* figuran en el *Reglamento de su póliza* y en su *Certificado de Seguro*.

\*Para determinadas consultas, nuestro Servicio de Atención al Cliente puede dirigirle a nuestro equipo interno de especialistas, que está disponible en horario laboral (de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 h CET).

Por pólizas contratadas a través de nuestra Dubai International Finance Centre office, bajo la licencia de seguros Cigna Global Insurance Company Limited, el agente de suscripción es Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, que está regulado por la Dubai Financial Services Authority.

«Cigna Healthcare» y el logotipo «Tree of Life» son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., con licencia para uso por The Cigna Group y sus filiales activas. Todos los productos y servicios se ofrecen por o a través de dichas subsidiarias, y no por The Cigna Group. Dichas filiales incluyen Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A. -N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. y Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2023 Cigna Healthcare

200593 CIGNA CLOSE CARE CUSTOMER GUIDE ES 09/2024