



SEGURO DE SALUD PRIVADO INTERNACIONAL NORMAS DE LA PÓLIZA

Términos, exclusiones generales y
definiciones relacionadas con su plan

Together, all the way.SM



NORMAS DE LA PÓLIZA

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

ÍNDICE

Información importante	3
Sección 1: Términos y condiciones generales	4
Sección 2: Exclusiones generales	17
Sección 3: Definiciones	24



INFORMACIÓN IMPORTANTE



El seguro le será proporcionado por:

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.
52 Avenue de Cortenberg
1000 Brussels
(Bélgica)

Esta *póliza* está pensada para *expatriados*. Por tanto, la *póliza* solo cubrirá los costes del *tratamiento* en el *país de nacionalidad del beneficiario* en aquellas circunstancias en las que *el beneficiario* sea residente de su *país de nacionalidad* de manera temporal. Tales circunstancias no pueden exceder los ciento ochenta (180) días en total por *periodo de cobertura*, y el *país de nacionalidad* debe encontrarse en el *área de cobertura* seleccionada (consulte la cláusula 17 para ampliar la información).

Asegúrese de leer estos términos y la *Guía del cliente* y, si es necesario, busque asesoramiento profesional en caso de que desee determinar si esta *póliza* es apropiada para *usted*.

Si *usted* no entiende completamente los términos y condiciones de esta *póliza*, debería ponerse en contacto con *nosotros* en los catorce (14) días siguientes a la fecha de *entrada en vigor* que se muestra en su *Certificado de seguro*. Póngase en contacto con *nuestro* Equipo de atención al cliente al +44 (0) 1475 788 182, que estará encantado de responder a cualquier pregunta que pueda tener en relación con su *póliza*.

Usted tiene el derecho legal a cancelar su *póliza* en los catorce (14) días posteriores a la fecha de contratación o renovación de esta *póliza* o a la fecha en la que reciba estas *Normas de la póliza* y su *Guía del cliente*, en caso de que esta última sea más reciente.

Si *usted* desea cancelar esta *póliza* y *nosotros* no hemos pagado una solicitud de reembolso o presentado una *garantía de pago*, recibirá un reembolso completo de su prima. En cambio, si hemos pagado una solicitud de reembolso o presentado una *garantía de pago*, no le reembolsaremos ninguna prima que ya se haya pagado. Para cancelar esta *póliza* dentro de este periodo de catorce (14) días, póngase en contacto con *nuestro* Equipo de atención al cliente al +44 (0) 1475 788 182.

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

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

Las palabras y frases en *cursiva* tienen el significado que se les da en la sección 3, "Definiciones".

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

SECCIÓN 1: TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES



1. **Ámbito de cobertura**

Con arreglo a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidos en esta *póliza*, Cigna reembolsará gastos médicos y de otra índole en relación con el *tratamiento* suministrado en el *área de cobertura* seleccionada para *lesiones y enfermedades*. El *tratamiento* debe tener lugar en el *periodo de cobertura* y se pueden aplicar *deducibles, participación en los costes y límites de cobertura*.

2. **Documentación de la póliza**

Estas *Normas de la póliza, su Certificado de seguro y la Guía del cliente* constituyen el contrato completo entre *usted y nosotros*. Debe leer estos documentos atentamente.

3. **Elegibilidad de la póliza**

Debe tener dieciocho (18) años o más para comprar esta *póliza*.

4. **¿Cuándo empieza la cobertura?**

4.1

La cobertura empezará en la *fecha de entrada en vigor* indicada en el primer *Certificado de seguro* que le enviemos. La fecha de renovación será en la misma fecha cada año.

4.2

Si elige adquirir una cobertura para *beneficiarios* adicionales, la cobertura de estos empezará en la *fecha de entrada en vigor* indicada en el primer *Certificado de seguro* en el que se les mencione.

4.3

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

5. **¿Cuándo finaliza la cobertura?**

5.1

Esta *póliza* es un contrato anual. Eso significa que, salvo que se rescinda anticipadamente o se renueve, la cobertura finalizará un (1) año después de la *fecha de entrada en vigor*. Por ejemplo, si la *fecha de entrada en vigor* es el 1 de enero, la fecha de finalización de cobertura será el 31 de diciembre.

5.2

La cobertura terminará automáticamente para cualquier *beneficiario* si:

5.2.1

el *beneficiario* fallece (aunque se pagará cualquier *prestación* a deber después del fallecimiento, como la repatriación de restos mortales); o

5.2.2

la *póliza* se da por finalizada. Las circunstancias en las que usted o

nosotros podemos dar por finalizada esta *póliza* se explican en la *cláusula 14*.

5.3

Si *usted* fallece, la cobertura terminará para todos los *beneficiarios*. Si esto ocurre, intentaremos ponernos en contacto con todos los *beneficiarios* que estén bajo la cobertura de esta *póliza*, y les ofreceremos la oportunidad de seguir con la cobertura hasta la *fecha de finalización*, y uno de ellos se convertirá en el *tomador del seguro*. Si el *beneficiario* desea seguir con la cobertura, debe responder por escrito en los treinta (30) días posteriores a la fecha en la que reciba *nuestra* oferta de cobertura para confirmar su aceptación. En caso de no hacerlo, toda la cobertura se dará por finalizada y *no realizaremos ningún pago en relación con el tratamiento o servicios que se hayan recibido o se vayan a recibir después de la fecha de finalización de la póliza*.

5.4

Excepto en caso de fraude, si esta *póliza* finaliza antes de la *fecha de finalización*, cualquier prima que se haya pagado en relación con el periodo después de que haya finalizado la cobertura será reembolsada en la medida en que no se relacione con un periodo de tiempo en el que hayamos proporcionado cobertura, siempre que no hayamos pagado ninguna solicitud de reembolso o presentado ninguna *garantía de pago* durante el *periodo de cobertura*.

Si la *póliza* termina antes de la *fecha de finalización* y hemos pagado una solicitud de reembolso o presentado una *garantía de pago* durante el *periodo de cobertura*, *usted* será responsable de cualquier prima restante que no se haya pagado en relación con la *póliza*.

6. ¿Cómo se renueva la póliza?

6.1

Podemos o no ofrecerle la oportunidad de renovar *su póliza*. Si *le* ofrecemos la oportunidad de renovar *su póliza*, *le* escribiremos como mínimo un (1) mes

natural antes de la *fecha de finalización* y *le* preguntaremos si desea renovar la cobertura que tenga en ese momento. También *le* comunicaremos cualquier cambio en las primas, definiciones, *prestaciones*, y términos y condiciones que se aplicarán en la renovación.

6.2

Si decide renovar, no hace falta que haga nada, y *su* cobertura se renovará automáticamente por un periodo de doce (12) meses más. Si no desea renovar *su* cobertura, debe comunicárnoslo por lo menos siete (7) días antes de la fecha de finalización de *su póliza*. La renovación está sujeta a las definiciones, las prestaciones y los términos y condiciones de estas *Normas de la póliza* en vigor en el momento de la renovación. Si no podemos renovar *su* cobertura por las razones detalladas en la cláusula 14.1, *le* informaremos al respecto según lo descrito en la cláusula 14.5.

6.3

Si no renueva *su* cobertura, cualquier *beneficiario* que haya recibido cobertura conforme a esta *póliza* puede solicitar una cobertura propia. Tendremos en cuenta las *solicitudes* individualmente, y *le* comunicaremos al beneficiario en cuestión si estamos dispuestos a ofrecerle la cobertura y en qué términos.

7. Beneficiarios adicionales

7.1

Tiene la posibilidad de incluir personas adicionales (por ejemplo, miembros de su familia) como *beneficiarios* de *su póliza*. Tenga en cuenta que los *beneficiarios* adicionales solo se añadirán a *nuestra* absoluta discreción.

7.2

Para que podamos considerar la inclusión de cualquier *beneficiario* adicional en *su póliza*, debe incluir a esas personas en *su solicitud*. Si accedemos a cubrirlos, incluiremos sus nombres en *su Certificado de seguro*. Puede que se deba pagar una

prima adicional y se apliquen exclusiones especiales en relación con la *póliza*.

8. ¿Puedo añadir o quitar beneficiarios en el transcurso del periodo de la cobertura?

8.1

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

8.2

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

Le informaremos entonces sobre si ofreceremos cobertura a esa persona y, en tal caso, sobre cualquier condición o exclusión especial y cualquier prima que se deba aplicar. *La cobertura para el nuevo beneficiario* comenzará a partir de la fecha en que *usted* confirme su aceptación.

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

8.3

Si un *beneficiario* da a luz, puede solicitar que añadamos al recién nacido como *beneficiario* de su plan sujeto al pago de cualquier prima adicional:

8.3.1

Si al menos un (1) progenitor ha estado cubierto por esta *póliza* durante un periodo continuado de doce (12) meses

o más antes del nacimiento del recién nacido y hemos recibido la *solicitud* treinta (30) días después de la fecha de nacimiento del recién nacido, el recién nacido no estará sujeto a evaluación médica, no pediremos ninguna información en relación con la salud del recién nacido ni ningún examen médico y la cobertura empezará cuando confirmemos la recepción de la *solicitud*. Le mandaremos un *Certificado de seguro* actualizado para confirmar que se ha añadido al nuevo *beneficiario*.

8.3.2

Si al menos uno (1) de los progenitores ha estado cubierto por la *póliza* durante un periodo continuado de doce (12) meses o más antes de la fecha de nacimiento del recién nacido y hemos recibido la *solicitud* más de treinta (30) días después de la fecha de nacimiento del recién nacido, el recién nacido estará sujeto a evaluación médica. Le informaremos entonces sobre si le ofreceremos cobertura al recién nacido y, en tal caso, sobre cualquier condición o exclusión especial y cualquier prima que se deba aplicar. Si acepta los términos que le ofrecemos, la cobertura empezará cuando confirmemos la recepción de la *solicitud*. Le mandaremos un *Certificado de seguro* actualizado para confirmar que se ha añadido al nuevo *beneficiario*.

8.3.3

Si ninguno de los progenitores ha estado cubierto por la *póliza* durante un periodo de doce (12) meses consecutivos o más antes de la fecha de nacimiento del recién nacido, el recién nacido estará sujeto a evaluación médica. Le informaremos entonces sobre si le ofreceremos cobertura al recién nacido y, en tal caso, sobre cualquier condición o exclusión especial y cualquier prima que se deba aplicar. Si acepta los términos que le ofrecemos, la cobertura empezará cuando confirmemos la recepción de la *solicitud*. Le mandaremos un *Certificado de seguro* actualizado para confirmar que se ha añadido al nuevo *beneficiario*.

9. ¿Qué está cubierto?

9.1

Esta *póliza* cubre ciertos costes de servicios o abastecimientos que estén recomendados por un *médico practicante*, y que sean *médicamente necesarios* para el cuidado y el *tratamiento* de una *lesión o enfermedad*, según lo determinemos.

9.2

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

9.3

Además del acuerdo previo para un *tratamiento*, se puede requerir una aprobación adicional para cualquier *tratamiento* en el que haya incurrido en relación con la *prestación por maternidad* y alumbramiento si, en el momento del *tratamiento*, la madre pretende estar fuera de su *país de residencia habitual*.

9.4

Se pueden aplicar exclusiones especiales, impuestas a título individual. Se mostrarán los detalles de estas exclusiones especiales en su *Certificado de seguro*. En algunas circunstancias podemos, a *nuestra* total discreción, acceder a retirar una exclusión si paga una prima adicional. Eso se acordará en el momento en el que contrate su *póliza*.

9.5

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

9.6

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

10. Opciones de cobertura

10.1

Las prestaciones del plan de *Seguro médico internacional* (sujetas a los términos, condiciones, límites y exclusiones aplicables) constan en la sección "Sus prestaciones al detalle" de la *Guía del cliente*.

10.2

Usted puede (si paga una prima adicional) añadir una (1) o varias de las siguientes opciones de cobertura extra a la cobertura proporcionada bajo el *plan de Seguro médico internacional*. Si lo hace, la cobertura extra se aplicará a todos los *beneficiarios* bajo su *póliza*.

10.2.1

Asistencia ambulatoria internacional;

10.2.2

Evacuación médica internacional;

10.2.3

Cobertura internacional de salud y bienestar; y

10.2.4

Cobertura internacional de visión y dental.

10.3

Los detalles de las opciones de la cobertura extra constan en la sección "Sus prestaciones al detalle" de la *Guía del cliente*.

10.4

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

10.5

Si desea añadir nuevas opciones de cobertura, podemos pedirle a *usted* (y a cualquier *beneficiario* pertinente si es necesario) que proporcione información médica adicional y podemos aplicar nuevas restricciones o exclusiones especiales en las nuevas opciones de cobertura.

10.6

Usted puede (a no ser que su país de residencia habitual sean los EE. UU.) escoger entre dos (2) opciones (Todo el mundo excepto los EE. UU. y Todo el mundo incluidos los EE. UU.) para determinar en qué parte del mundo recibirán su cobertura los beneficiarios.

10.6.1

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

Los beneficiarios tendrán cobertura para *tratamientos de urgencia* en régimen de *hospitalización* o régimen *externo*, o bien en régimen *ambulatorio* (si ha adquirido la opción de cobertura adicional ambulatoria con *su póliza*) durante viajes de negocios o vacaciones, incluso si dichos viajes son a lugares situados fuera de *su área de cobertura seleccionada*. Como con todos los *tratamientos de urgencias*, si no ha contratado la opción de cobertura adicional de asistencia ambulatoria internacional, *su tratamiento de urgencia* solo estará cubierto si resulta en un *ingreso hospitalario*. Esta cobertura estará limitada a un periodo máximo de tres (3) semanas por viaje y un máximo de sesenta (60) días por *periodo de cobertura* para todos los viajes juntos.

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

Para ser elegible para esta *prestación*, la afección médica que precise *tratamiento de urgencia* no debe ser previa al viaje y el *beneficiario* no debe haber tenido ningún *tratamiento*, síntoma o consejo relacionado con la afección médica antes de iniciar el viaje.

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

También se necesitará una prueba de la fecha de entrada en el país de fuera de *su área de cobertura seleccionada* antes de que se paguen las *prestaciones* bajo esta cobertura.

Esta cobertura finalizará una vez que el *tratamiento* proporcionado resulte en una estabilización de la afección.

10.6.2

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

11. Primas y otros cargos

11.1

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

11.2

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

11.3

Si *usted*, o cualquier *beneficiario*, no solicita un acuerdo previo para el *tratamiento* o recibe *tratamiento* en los EE. UU. en un *hospital*, *clínica* o con un *médico* que no sean parte de la red de *Cigna*, es posible que no paguemos todo *su tratamiento*. Consulte "**Su Guía para recibir tratamiento**" en la página 7 de la *Guía del cliente* para obtener detalles sobre cómo calcularemos cualquier reducción en el valor de *su*

solicitud de reembolso. Hay una lista de la red de *hospitales, clínicas y médicos practicantes* de Cigna disponible en su Área del cliente segura online.

11.4

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

11.5

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

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

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

11.6

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

12. Deducible

12.1

Reduciremos el importe que le pagaremos del coste del tratamiento respecto a cada solicitud que esté presentada bajo la opción Seguro médico internacional u Asistencia ambulatoria internacional (si es aplicable) por el importe de cualquier deducible *hasta que se alcance el deducible para el periodo de cobertura*. Hemos explicado cómo funcionarán los *deducibles* en la práctica en "**Cómo funciona el deducible, la participación en los costes y el desembolso máximo**" en la página 14 de la *Guía del cliente*.

12.2

Será responsable de efectuar el pago del importe de cualquier deducible directamente al *hospital, clínica o médico practicante*. Le haremos saber a cuánto asciende dicho importe.

12.3

Puede solicitar un cambio al *deducible* con efecto desde su *fecha de renovación anual* cada año. Si desea eliminar o reducir su *deducible* en su cobertura, es posible que le pidamos que nos proporcione información médica más detallada (incluida la información médica de cualquier *beneficiario*, si corresponde), y podemos aplicar nuevas restricciones o exclusiones especiales basadas en la información que nos proporcione.

12.4

No se aplica ningún *deducible* a "Prestaciones en efectivo para hospitalización" ni a "Prestaciones de atención para recién nacidos".

13. Participación en los costes

13.1

Si se selecciona una *participación en los costes* en el *plan de Seguro médico internacional*, le reduciremos el importe que le abonamos del coste del *tratamiento* por el porcentaje de *participación en los costes*. Si la *participación en los costes*

resulta en un porcentaje de los costes del *tratamiento* que *nosotros* no cubrimos, cualquier importe a pagar por *usted* bajo este acuerdo de *participación en los costes* estará limitado por el *desembolso máximo* que haya escogido para cualquier *periodo de cobertura*.

13.2

Si se selecciona una participación en los costes en la opción de Asistencia ambulatoria internacional, *le reduciremos el importe que le abonamos del coste del tratamiento* por el porcentaje de *participación en los costes*. Si la *participación en los costes* resulta en un porcentaje de los costes del *tratamiento* que *nosotros* no cubrimos, estos costes estarán limitados por el *desembolso máximo* que haya escogido para cualquier *periodo de cobertura*.

13.3

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

13.4

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

13.5

Si opta por tener tanto un *deducible* como una *participación en los costes*, el importe que tendrá que pagar como *deducible* se calculará antes del importe a pagar como *participación en los costes*. Véase la cláusula 12 para más información relacionada con los *deducibles*.

13.6

Usted será el responsable de efectuar el pago del importe de cualquier *participación en los costes* directamente al *hospital*,

clínica o *practicante médico*. El importe que pague dependerá del porcentaje de la *participación en los costes* que haya elegido y del tipo de cobertura que haya contratado con *nosotros*. Hemos explicado cómo funcionará la *participación en los costes* en “**Cómo funciona el deducible, la participación en los costes y el desembolso máximo**” en la página 14 de la *Guía del cliente*. Calcularemos el importe final y total que deberá pagar como parte de la *participación en los costes* y le confirmaremos este importe tan pronto como podamos.

13.7

Puede solicitar un cambio en la participación en los costes y un desembolso máximo con efecto desde su fecha de renovación anual cada año. Si desea eliminar o reducir su *participación en los costes* o reducir su *desembolso máximo* en su cobertura, es posible que le pidamos que nos proporcione información médica más detallada (incluida la información médica de cualquier *beneficiario*, si corresponde) y podemos aplicar nuevas restricciones o exclusiones especiales basadas en la información que *nos* proporcione.

14. Fin de la cobertura

14.1

Con sujeción a cualquier requisito legal o normativo contradictorio, *podemos rescindir esta póliza* si:

14.1.1

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

14.1.2

resulta ilícito que proporcionemos cualquier cobertura disponible conforme a esta *póliza* o debemos rescindir la *póliza* en cualquier jurisdicción o territorio en particular por órdenes de

una autoridad u organismo regulador competente; o

14.1.3

se identifica a cualquier *beneficiario* en cualquier lista con sanciones financieras a personas o entidades mantenidas por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, la Unión Europea, la Oficina de Control de Bienes Extranjeros o cualquier otra jurisdicción aplicable. Además, no abonaremos ninguna solicitud de reembolso por servicios relacionados con países sancionados si haciéndolo podríamos violar los requisitos del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, la Unión Europea o la Oficina de activos extranjeros del Departamento de Tesorería de los Estados Unidos, o

14.1.4

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

14.1.5

ya no estamos en el mercado para vender la *póliza* o una alternativa adecuada en *su* zona geográfica. Si su *póliza* llega a su fin de acuerdo con la cláusula 14.1.5, la resolución será efectiva a partir de la *fecha final* normal de la *póliza*.

14.2

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

14.3

En relación con el periodo posterior a la finalización de *su* cobertura, si *su* *póliza* se rescinde de acuerdo con la cláusula 14.1.4, entonces la cláusula 5.4 de estas *Normas de la póliza* no se aplicará y puede que no reembolsemos las primas que haya pagado ni paguemos ninguna solicitud de

reembolso que haya presentado en virtud de *su* *póliza*.

14.4

Si el *tratamiento* ha sido autorizado, a menos que *Cigna* haya presentado una *garantía de pago* para el *tratamiento*, *Cigna* no será responsable de los costes del *tratamiento* si la *póliza* finaliza o un *beneficiario* deja la *póliza* antes de que el *tratamiento* haya tenido lugar.

14.5

Si se diera cualquiera de las circunstancias descritas en la cláusula 14, siempre que sea posible, *le* escribiremos como mínimo un (1) mes antes de la *fecha de finalización* para notificarle por escrito que la *póliza* no se renovará con efecto a partir de la *fecha de finalización*.

15. La información que nos proporciona

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

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

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

- > cancelar *su póliza*.

Le escribiremos si :

- > Tenemos la intención de tratar esta *póliza* como si nunca hubiera existido; o
- > necesitamos modificar los términos de *su póliza*.

Si se da cuenta de que la información que *nos* ha proporcionado es incorrecta, debe informarnos cuanto antes utilizando los datos de contacto que hemos proporcionado en estas *Normas de la póliza*.

16. Fraude

16.1

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

16.2

16.2.1

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

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

16.2.2

Si ejercemos *nuestro* derecho en virtud de la cláusula 16.2.1 (c) anterior:

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

16.2.3

Si esta *póliza* proporciona cobertura para cualquier *beneficiario* que no sea *usted* ("una persona cubierta") y se presenta una solicitud de reembolso fraudulenta en virtud de esta *póliza* en nombre de una persona cubierta, podemos ejercer el derecho establecido en la cláusula 16.2.1 anterior como si existiera un contrato de *seguro* individual entre *nosotros* y esa persona cubierta. Sin embargo, el ejercicio de cualquiera de esos derechos no afectará la cobertura proporcionada en virtud del contrato a ningún otro *beneficiario*.

Nada en esta cláusula 16.2 tiene la intención de modificar lo dispuesto en la Ley de Seguros de 2015.

17. Cambios en el país de residencia habitual, la dirección y la nacionalidad

17.1

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

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

17.2

Si cualquier *beneficiario* deja de ser un *expatriado* (tanto si es como resultado de un cambio de *país de nacionalidad* como por cambio de *país de residencia habitual*), entonces *usted* puede:

17.2.1

dejar la *póliza* en vigor; o

17.2.2

poner fin a la *póliza* mediante un aviso por escrito que implicará que la cobertura finalizará para todos los *beneficiarios*. Cualquier prima que se haya pagado en relación con el periodo después de que haya finalizado la cobertura será reembolsada en la medida en que no se relacione con un periodo de tiempo en el que hayamos proporcionado cobertura, siempre que no hayamos pagado ninguna solicitud de reembolso o presentado ninguna *garantía de pago* durante el *periodo de cobertura*.

17.3

Si un *beneficiario* cambia su *país de residencia habitual*, debe informarnos tan pronto como sea posible y, en cualquier caso, dentro de los treinta (30) días posteriores. Nos reservamos el derecho a pedirle de vez en cuando más información sobre un cambio de su *país de residencia habitual* o el de cualquiera de los otros *beneficiarios*. Tenga en cuenta que cambiar su *país de residencia habitual* o el de

cualquiera de los otros *beneficiarios* podría dar como resultado un incremento en su prima o en los impuestos a pagar, lo que significa que *usted* podría tener que abonar un pago adicional de prima o que sus pagos mensuales o trimestrales podrían aumentar. Si la prima aumenta, *le* otorgaremos el derecho a cancelar la *póliza*, de acuerdo con la cláusula 14.2, en cuyo caso se aplicarán las cláusulas 14.3 y 14.4. Tenga en cuenta que el *seguro* puede ser proporcionado por otra empresa del grupo *Cigna*.

17.4

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

17.5

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

17.6

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

18. Contacto con usted

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

19. Contacte con nosotros

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

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

o mandarnos un correo electrónico a:
cignaglobal_customer.care@cigna.com

También puede llamar a nuestro Equipo de atención al cliente, disponible 24 horas al día, los 7 días de la semana, al: +44 (0) 1475 788 182 o, desde los *EE. UU.* al 800 835 7677.

20. Cambios a esta póliza

20.1

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

20.2

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

20.3

También nos reservamos el derecho a realizar cambios a los términos de la cobertura en la renovación. *Le* daremos al menos un aviso de un (1) mes natural antes de dichos cambios, los cuales entrarán en vigor a partir de la *fecha de la renovación anual*.

20.4

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

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

Le informaremos sobre cualquier cambio (de haberlo) que hayamos hecho y, cuando sea apropiado, emitiremos un *Certificado de seguro* modificado. Las modificaciones entrarán en vigor a partir de la *fecha de renovación anual* pertinente. No garantizamos que vayamos a retirar ninguna exclusión especial o prima adicional en la renovación.

21. ¿Quién puede hacer cumplir esta póliza?

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

22. Nuestro derecho de recuperación de terceros

Si un *beneficiario* necesita *tratamiento* como resultado de un accidente o de un acto deliberado del cual es responsable una tercera parte, nos aseguraremos (o cualquier persona o empresa que

designemos) de que la tercera parte culpable (o su compañía de seguros) pague al *beneficiario* el coste de ese *tratamiento*. Si le solicitamos al *beneficiario* que lo haga, él o ella debe seguir todos los pasos para incluir el importe de la *prestación* que *nos* reclama bajo esta *póliza* en cualquier solicitud de reembolso contra la persona que comete la falta (o su compañía de seguros). El *beneficiario* deberá firmar y enviar todos los documentos o papeles y realizar cualquier otra acción que precisemos para garantizar *nuestros* derechos. El *beneficiario* no deberá realizar acción alguna que pudiera dañar o afectar en modo alguno a dichos derechos. *Nosotros* podremos asumir y defender o resolver cualquier demanda, o iniciar legalmente cualquier demanda en nombre de un *beneficiario* para *nuestro* propio beneficio. Decidiremos cómo llevar a cabo cualquier procedimiento y acuerdo.

23. Otro seguro

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

24. Protección de datos

24.1

Al evaluar *su solicitud* y administrar la *póliza* y el *seguro* que le proporcionamos, recogeremos, trataremos y compartiremos cierta información personal sobre *usted*. Nos tomamos muy en serio *su* privacidad, y siempre trataremos *su* información de acuerdo con la legislación de protección de datos aplicable, incluido el Reglamento general de protección de datos (UE 2016/679) y cualquier otra legislación aplicable y cualquier guía o códigos de práctica emitidos con respecto a la protección de *datos personales* de vez en cuando. Para obtener más información, consulte *nuestro* Aviso de protección de datos, que podemos actualizar de vez en cuando.

24.2

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

25. Idioma

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

26. Información sobre normativas

Cigna está regulada en Bélgica por el Banco Nacional de Bélgica (La Banque Nationale de Belgique/De Nationale Bank van België) para su supervisión prudencial, y por la Autoridad de Servicios y Mercados Financieros (L'Autorité des services et marchés financiers/De Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten) para la integridad de los mercados financieros y el tratamiento justo de los consumidores financieros.

27. Quejas

27.1

Nos debe hacer llegar cualquier queja en primera instancia a:

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

27.2

Si la queja no se soluciona, puede quejarse a uno de los siguientes órganos de queja:

Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs 35, boîte 6
1000 Bruxelles

Ombudsman van de Verzekeringen
de Meeûssquare 35, bus 6
1000 Brussel

Teléfono: +32 (2) 547 58 71
Fax: +32 (2) 547 59 75
Correo electrónico: info@ombudsman.as

The Financial Ombudsman Service
Exchange Tower
London
E14 9SR

Teléfono: 0800 0 234 567 o fuera del Reino Unido: +44 (0) 2079 640 500
Email: complaint.info@financial-ombudsman.org.uk

27.3

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

28. Ley y jurisdicción aplicables

28.1

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

28.2

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

SECCIÓN 2: EXCLUSIONES GENERALES



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

1.

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

1.1

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

1.2

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

1.3

No pagaremos una solicitud de reembolso cuando tengamos motivos razonables para suponer que se ha realizado de forma fraudulenta. Consulte la cláusula 16 para obtener más detalles.

1.4

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

1.5

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

1.6

Se aplican las siguientes exclusiones a su *póliza*. Donde, en las exclusiones que quedan establecidas a continuación, hayamos afirmado que pagaremos el *tratamiento* en algunas circunstancias, eso queda sujeto a que el *beneficiario* tenga cobertura bajo la opción u opciones de cobertura apropiadas.

1.7

No pagaremos:

1.7.1

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

1.7.2

Tratamiento para:

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

No pagaremos el *tratamiento* de una *afección preexistente* de la que el *tomador del seguro* fuera consciente (o razonablemente debería haberlo sido) en la fecha de inicio de la cobertura, y respecto a la cual no hayamos acordado expresamente ofrecer cobertura.

1.7.3

Tratamiento para una afección que esté sujeta a una exclusión especial. Las exclusiones especiales quedan establecidas en *su Certificado de seguro*.

1.7.4

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

- > *tratamiento* que podría recibirse como *paciente externo o ambulatorio*.
- > tiempo de recuperación de una enfermedad o *tratamiento* médico (excepto cuando se establezca de forma explícita en esta *póliza*);
- > ingresos y estancias por motivos sociales o domésticos, como cambiarse de ropa, vestirse y ducharse.

1.7.5

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

1.7.6

Órganos de donantes:

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

1.7.7

Cirugía fetal, es decir, *tratamiento o cirugía* practicada en el vientre antes del nacimiento, a menos que esta haya sido causada por complicaciones que aparezcan en el momento de la maternidad y que estén sujeta a los límites detallados en la sección "Maternidad complicada" de *su póliza*, en los casos en que estén cubierta.

1.7.8

Cuidado de los pies por un podólogo o podiatra.

1.7.9

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

- > un (1) estudio del sueño; y
- > el alquiler de equipamiento, como una máquina de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés), (solo si el *beneficiario* tiene cobertura bajo la opción de Asistencia ambulatoria internacional).

Si es *médicamente necesario*, pagaremos por la *cirugía*.

1.7.10

Tratamiento que sea suministrado por:

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

1.7.11

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

1.7.12

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

1.7.13

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

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

en los casos en los que *el beneficiario* haya:

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

1.7.14

Un tratamiento que surja de, o esté de alguna forma conectado con el suicidio intencionado, o cualquier *lesión* o enfermedad que el *beneficiario* inflija contra sí mismo.

1.7.15

Tratamiento para la terapia del habla que no sea de naturaleza reparadora o que esté relacionado con ella, o si esa terapia es:

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

1.7.16

Problemas de desarrollo entre los que se incluyen:

- a) dificultades de aprendizaje como la dislexia,
- b) autismo o trastorno de déficit de atención (TDA),
- c) problemas de desarrollo físico como baja estatura.

1.7.17

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

1.7.18

Tratamiento para la obesidad, o que sea necesario debido a la obesidad. Eso incluye clases, ayudas y fármacos para adelgazar.

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

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

1.7.19

Tratamiento en *clínicas* de cuidados naturales, spas de salud, residencias de ancianos u otras instalaciones que no sean

hospitales o proveedores reconocidos de *tratamiento médico*.

1.7.20

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

1.7.21

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

1.7.22

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

1.7.23

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

a) contracepción quirúrgica, concretamente:

- > vasectomía, esterilización o implantes;

a) contracepción no quirúrgica, concretamente:

- > píldoras o preservativos;

c) planificación familiar, concretamente:

- > citarse con un *médico* para hablar del embarazo o la contracepción.

1.7.24

Los *tratamientos* relacionados con la infertilidad (que no sea una investigación con fines diagnósticos), los *tratamientos* para la fertilidad de cualquier tipo, o el *tratamiento* de complicaciones que surjan como consecuencia de dichos *tratamientos*. Esto incluye:

- a) fertilización in vitro (FIV),
- b) transferencia intratubárica de embriones (GIFT, por sus siglas en inglés),

c) transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés),

d) inseminación artificial (AI, por sus siglas en inglés),

e) *tratamiento* prescrito con fármacos,

f) transportación de embriones (de una ubicación física a otra) o

g) donación de óvulos y/o de semen y costes relacionados.

Le pagaremos las investigaciones de la causa de infertilidad si:

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

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

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

1.7.25

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

1.7.26

Tratamiento relacionado directamente con la subrogación. *No pagaremos prestaciones de maternidad:*

a) a una *beneficiaria* que actúe como sustituta;

b) a cualquier otra persona que actúe como sustituta de un *beneficiario*.

1.7.27

"Prestaciones de atención para recién nacidos" para bebés nacidos como resultado de un *tratamiento* de fertilidad, como el FIV, o bebés nacidos de la subrogación, o que hayan sido adoptados. Estos niños solo se pueden unir una vez que

hayan cumplido noventa (90) días, y se les someterá a evaluación médica.

1.7.28

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

1.7.29

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

1.7.30

Tratamiento para trastornos de personalidad y/o carácter, incluidos:

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

1.7.31

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

Pagaremos la *cirugía* preventiva cuando un *beneficiario*:

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

Bajo el *plan de Seguro médico internacional*, se aplicarán los límites de la cobertura por *cirugía* preventiva para *afecciones congénitas*, a excepción del *cáncer*.

1.7.32

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

1.7.33

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

1.7.34

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

1.7.35

Tratamiento que pretende cambiar la refracción de uno o ambos ojos, incluidos el *tratamiento* láser, la queratectomía refractiva y la queratectomía fotorrefractiva. Pagaremos por un *tratamiento* que corrija o restaure la visión si es necesario por una enfermedad, dolencia o *lesión* (como cataratas o desprendimiento de retina).

1.7.36

Cualquier *tratamiento* fuera de su *área de cobertura seleccionada*, a menos que el *tratamiento* pueda cubrirse bajo las condiciones de cobertura de urgencia fuera de la zona.

1.7.37

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

1.7.38

Cualquier gasto por servicios de urgencia internacionales que no hayan sido aprobados de antemano por el *servicio de asistencia médica*, cuando proceda.

1.7.39

Gastos de servicios internacionales por evacuación de emergencia, repatriación

médica y costes de transportación para terceros donde el *tratamiento* necesario no esté cubierto bajo esta *póliza*.

1.7.40

Cualquier gasto por evacuación entre barco y tierra firme.

1.7.41

Cirugía de reasignación de sexo, que incluye procedimientos electivos y cualquier asesoramiento médico o psicológico para prepararse para dicha *cirugía* o posterior a esta.

1.7.42

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

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

1.7.43

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

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

1.7.44

Cualquier forma de *tratamiento* plástico, *cosmético* o reconstructivo cuyo objetivo

sea modificar o mejorar la apariencia, incluso por razones psicológicas, a menos que el *tratamiento* sea *médicamente necesario* y sea como resultado directo de una enfermedad o una *lesión* sufrida por el *beneficiario*, o como resultado de la *cirugía*. Esto incluye:

- a) lifting facial (ritidectomía),
- b) remodelación de nariz (rinoplastia),
- c) liposucción y otros procedimientos que eliminen el tejido graso,
- d) trasplantes capilares y
- e) *cirugía* para modificar la forma, realzar o reducir los senos (que no sea la reconstrucción de seno tras *tratamiento* para *cáncer*).

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

1.7.45

Aparatos, incluidos audífonos y gafas (a menos que la opción de Visión y odontología internacional esté seleccionada), los cuales no entran en *nuestra* definición de *aparatos quirúrgicos* y/o *aparatos médicos*.

1.7.46

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

1.7.47

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

1.7.48

Costes que hayan sido o puedan ser pagados por otra compañía de seguros, persona, organización o programa público. Si un *beneficiario* está cubierto por otro seguro, es posible que solo paguemos una

parte del coste del *tratamiento*. Si otra persona, organización o programa público es responsable de pagar los costes del *tratamiento*, podemos reclamar los costes que hayamos pagado.

1.7.49

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

SECCIÓN 3: DEFINICIONES



Las palabras y frases establecidas a continuación tienen los significados especificados. Donde aparezcan dichas palabras y frases con estos significados, aparecerán en cursiva en estas *Normas de la póliza* y en la *Guía del cliente*, incluida la *lista de las prestaciones*. A menos que se especifique lo contrario, el singular incluye el plural y el masculino incluye el femenino y viceversa.

A

“Acontecimiento de vida permisible” significa:

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

Podemos necesitar pruebas de dichos acontecimientos.

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

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

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

antes de la *fecha de entrada en vigor*.

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

“Aparato(s) quirúrgico(s)”, “aparato(s) médico(s)”: puede significar:

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

“Área de cobertura seleccionada” puede significar:

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

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

- > inmediatamente después del *tratamiento hospitalario* tal como sea requerido por *necesidad médica*, y
- > visitas para un *tratamiento* que normalmente sería suministrado por un *hospital*.

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

B

“Beneficiarios”, “beneficiario”:

cualquier persona mencionada en su *Certificado de seguro* y que reciba cobertura bajo esta *póliza* y cualquier hijo recién nacido cubierto automáticamente por la *póliza* bajo la cláusula 8.3.

C

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

“**Certificado de seguro**”: el certificado emitido al *tomador del seguro*. Este documento muestra el número de la *póliza*, la *fecha de entrada en vigor*, el importe *deducible* (si se selecciona), el importe de *participación en los costes* (si se selecciona), el *desembolso máximo* (si se puede aplicar), los detalles de quién está cubierto y cualquier exclusión o exclusiones especiales que se hayan retirado con una prima adicional y las *prestaciones* que se aplican.

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

“**Cirugía**”: la rama de la medicina que trata enfermedades, *lesiones* y deformidades

mediante métodos quirúrgicos que implican una incisión en el cuerpo.

“**Clínica(s)**”: una instalación de asistencia médica que está registrada o tiene licencia en el país en el que está ubicada, principalmente para proporcionar cuidados a los *pacientes de asistencia ambulatoria* y donde los cuidados o supervisión se llevan a cabo por un *practicante médico*.

“**Corto plazo**”: significa un periodo de tiempo coherente con el tiempo de recuperación requerido para el *tratamiento* y prescrito por el *practicante médico* que esté al cargo con la aprobación de *nuestro* director médico.

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

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

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

D

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

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

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

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

“Desembolso máximo”: es el importe máximo de *participación en los costes* bajo el *plan de Seguro médico internacional* o la opción de Asistencia ambulatoria internacional que cualquier *beneficiario* debe pagar por *periodo de cobertura*. Si procede, se mostrará en el *Certificado de seguro*. Esto se aplica solo a importes pagados relacionados con la *participación en los costes* en el *plan de Seguro médico internacional* o la opción de Asistencia ambulatorio internacional. Cualquier importe pagado por un *deducible*; debido a sobrepasar los límites de la cobertura; por *tratamiento* que no esté cubierto por *su plan*; o debido a las penalizaciones por no haber obtenido un acuerdo previo o por la utilización de proveedores fuera de la red en los *EE. UU.*, no están sujetos al desembolso máximo.

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

- > caries o empaste,
- > enfermedad periodontal asociada a pérdida ósea,
- > *tratamiento* de endodoncia.

“Desintoxicación: *tratamiento* para los síntomas de abstinencia después de que el *beneficiario* haya estado abusando de drogas, alcohol o ambos. Incluye la estancia,

medicación, fluidos y cambios en la dieta necesarios para estabilizar el cuerpo.

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

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

“Documentos de la póliza”:

la documentación relacionada con la *póliza*, que consta de estas *Normas de la póliza*, la *Guía del cliente*, su *Certificado de seguro*, el formulario de solicitud de reembolso de *Cigna* y su *tarjeta de identidad* de *Cigna*.

E

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

“Emergencia dental”: caso en el que se sufra un dolor agudo que no se pueda remitir con calmantes, hinchazón facial o sangrado incontrolable después de una extracción y que ocurra dentro del horario comercial del dentista habitual del *beneficiario* o cuando el *beneficiario* se encuentra lejos de la clínica dental que visita normalmente. El *tratamiento* que se cubre en ese caso es meramente para estabilizar el problema y aliviar el dolor agudo.

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

“Especialista”: un *médico* que está reconocido, registrado o con licencia como tal bajo las leyes del país, estado u otra zona regulada en la que el *tratamiento* se suministra y solo para el *tratamiento* recomendado.

“Estado vegetativo persistente”:

un *beneficiario* que está en un estado vegetativo durante más de noventa (90) días consecutivos. Un estado vegetativo persistente significa una afección provocada por una *lesión*, enfermedad o padecimiento en el cual el *beneficiario* ha sufrido una pérdida de conciencia, sin pruebas de comportamiento de conciencia sobre sí mismo o su alrededor, aparte de actividades reflejas de músculos y nervios debido un bajo nivel de la respuesta condicionada, y del cual hasta cierto punto de probabilidad médica no puede haber ninguna recuperación.

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

F

“Fecha de entrada en vigor inicial”:

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

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

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

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

G

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

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

H

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

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

I

“Intervalos de edad apropiados”:

nacimiento, dos (2) meses, cuatro (4) meses, seis (6) meses, nueve (9) meses, doce (12) meses, quince (15) meses, dieciocho (18) meses, dos (2) años, tres (3) años, cuatro (4) años, cinco (5) años y seis (6) años.

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

L

“**Lesión dental**”: *lesión* a un *diente natural sano* provocada por un impacto extraoral. *El tratamiento* para implantes dentales, coronas o dentaduras no está cubierto, a no ser que haya contratado la

opción Dental y oftalmológica internacional y según las condiciones descritas en la póliza.

“Lesión”: una lesión física.

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

M

“Medicamento necesario/necesidad médica”: los servicios y suministros médicamente necesarios son aquellos que, según el *equipo médico*, sean:

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

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

“Médico practicante”: un *médico* o *especialista* que no está cubierto bajo esta *póliza*, o un miembro de la familia de un *beneficiario*.

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

N

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

O

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

“Ortodoxo”: cuando se utiliza en relación con un procedimiento o *tratamiento*, “ortodoxo” significa que el procedimiento o *tratamiento* en cuestión es médicamente aceptado en el país en el que tiene lugar en el momento del inicio del procedimiento o *tratamiento*, que cumple con una opinión médica de un cuerpo importante, responsable y respetable, mantenida y expresada por *médicos practicantes* experimentados en el campo particular de la medicina en cuestión.

P

“Paciente ambulatorio”: un paciente que va a un *hospital*, consultorio o *clínica* ambulatoria para *tratamiento* y que no es admitido como *paciente externo* ni como *paciente intrahospitalario*.

“Paciente externo”: un paciente que está admitido en el *hospital* o una unidad externa u otras instalaciones médicas para *tratamiento* o debido a que necesite un periodo de recuperación supervisada por un médico, pero que no ocupa una cama durante la noche.

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

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

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

“Participación en los costes tras el deducible”, “participación en los costes”: es el porcentaje de cada solicitud de reembolso que un beneficiario debe pagar después de que se haya pagado cualquier deducible. Se puede aplicar una participación en los costes al plan del Seguro médico internacional y a la opción de Asistencia ambulatoria internacional. Si se seleccionan, se mostrarán en el Certificado de seguro.

“Periodo de cobertura”: los doce (12) meses continuos durante los cuales los beneficiarios están cubiertos bajo esta póliza, y se trata del periodo desde la fecha de entrada en vigor hasta la fecha de finalización, tal como se indica en el Certificado de seguro, o antes, si se cancela la póliza según las Normas de la póliza.

“Plan del Seguro médico internacional”: es la cobertura principal proporcionada a todos los beneficiarios en virtud de esta póliza.

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

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

- > tratamiento que interrumpa de forma voluntaria el embarazo a no ser que el

embarazo ponga en peligro la vida o la estabilidad mental de la madre, y

- > cuidados por parte de enfermeras para un recién nacido en el hospital, a no ser que la madre deba permanecer en el hospital debido a una necesidad médica por un tratamiento que esté cubierto por esta póliza.

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

“Programa de procedimientos quirúrgicos”: el actual programa de procedimientos quirúrgicos aprobados por nuestro director médico.

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

R

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

S

“Seguro”: la cobertura que proporcionamos a los beneficiarios y que está sujeta a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidas en estas Normas de la póliza, la Guía del cliente y su Certificado de seguro.

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

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

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

T

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

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

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

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

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

“Tratamiento”: *tratamiento médicamente necesario* para evitar los efectos inmediatos y significantes de enfermedades, *lesiones* o afecciones que, si no se tratan, pueden resultar en un empeoramiento de la salud. Solo se cubrirá el *tratamiento médico mediante un médico*, practicante médico

y hospitalización que empiece en un plazo de veinticuatro (24) horas desde la emergencia.

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

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

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

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

- > sea necesario para una *salud dental* continuada, y
- > se lleve a cabo o esté personalmente controlado por un *dentista*, incluidos los procedimientos suministrados por un higienista, y
- > se incluya en la *lista de prestaciones*, o, aunque no se incluya en la *lista de prestaciones*, lo hayamos aceptado como procedimiento o servicio que cumple con unos estándares dentales comunes y que estén defendidos por un cuerpo dental significativo y respetable de la opinión odontológica en el particular campo de la odontología.

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

Tratamiento de emergencia: cualquier tratamiento médico o quirúrgico controlado por un *practicante médico* que es

médicamente necesario para diagnosticar, curar o aliviar considerablemente la enfermedad, padecimiento o *lesión*.

U

“Usted”: el *tomador del seguro*.

Together, all the way.SM



"Cigna" y el logotipo "Tree of Life" son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., con licencia de uso de Cigna Corporation y sus filiales. Todos los productos y servicios se ofrecen por medio de estas filiales y no de Cigna Corporation. Dichas filiales incluyen Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. y Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2018 Cigna

Normas de la póliza de CGHO CLICE ES 08/2018