



Cigna Global Health Options

Normas De La Póliza

Términos, exclusiones generales y definiciones
relacionadas con su plan

CONTENIDO

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

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

A continuación puede ver dónde encontrar toda la información importante relativa a su plan de Cigna Global Health Options.

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

INFORMACIÓN LEGAL Y REGULADORA

Este seguro lo provee:

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.
Plantin en Moretuslei 309,
2140 Antwerpen,
Belgium

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.

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.

QUEJAS

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

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

The 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**

También puede que *usted* tenga derecho a presentar una queja ante el intermediario en su *país designado*. Proporcionaremos detalles a petición en la dirección recogida en la sección “Cómo contactar con nosotros” más adelante.

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

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

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

CÓMO CONTACTAR CON NOSOTROS

Para cancelar esta póliza tras su período de cobertura mínimo de tres (3) meses, envíenos un correo electrónico a: **cignaglobal_customer.care@cigna.com**.

Para obtener todos los detalles consulte la cláusula 6 de estas *Normas de la póliza*. Deberá facilitar su número de póliza, nombre completo y la dirección de correo electrónico utilizada en el formulario de *solicitud*.

También puede escribirnos a la siguiente dirección:

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

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

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

SECCIÓN 1: TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES

1. Alcance de la cobertura y elegibilidad para la póliza

1.1

La póliza solo se ofrece a beneficiarios cuyo país de residencia habitual y país de nacionalidad sea el mismo país designado.

1.2

La presente póliza solo le proporcionará cobertura si es usted ciudadano de un país designado y su país de residencia habitual también está en el mismo país designado.

1.3

Esta póliza le permite incluir a personas adicionales (p. ej., familiares) como beneficiarios de su póliza siempre que el país de residencia habitual de estas personas sea el mismo país designado que el de usted. Tenga en cuenta que los beneficiarios adicionales solo se añadirán a nuestra absoluta discreción (consulte la cláusula II para obtener todos los detalles).

1.4

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

1.5

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

1.6

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

1.7

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

2. Inicio y fin de la cobertura

2.1

Esta póliza es un contrato anual renovable con un período de cobertura mínimo de tres (3) meses y un período de cobertura máximo de doce (12) meses. Esto significa que, a menos que se finalice antes de la fecha de finalización o se renueve automáticamente, el período de cobertura finalizará un (1) año después de la fecha de inicio. Consulte la cláusula I3 para más información sobre el proceso de renovación de la póliza al final de su período de cobertura.

2.2

Sin perjuicio de lo dispuesto en la cláusula 4, si esta póliza finaliza en el plazo de los tres (3) primeros meses a partir de la fecha de inicio inicial, cualquier prima que se haya abonado por los tres (3) primeros meses de cobertura no se reembolsará con independencia de que haya solicitado un reembolso o no durante dicho período de cobertura. Además, tendrá la responsabilidad de abonar cualquier prima

restante por ese período inicial de tres (3) meses que aún no se haya abonado.

Si esta póliza finaliza después de los tres (3) primeros meses de la fecha de inicio inicial y antes de la fecha de finalización, toda prima que se haya abonado en relación con el período posterior a la finalización de la cobertura se reembolsará de forma prorrateada, siempre y cuando no se hayan presentado o estén pendientes de presentación solicitudes de reembolso y no se hayan constituido garantías de pago durante el período de cobertura.

Si esta póliza finaliza después de los tres (3) primeros meses de la fecha de inicio inicial y antes de la fecha de finalización y ha presentado solicitudes de reembolso en virtud de la misma o ha recibido un tratamiento aún no reembolsado, será responsable del resto de cualquier prima abonada con respecto a la póliza.

2.3

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

3. La información que nos proporciona

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

Si determinamos, en base a motivos razonables, que nos ha proporcionado deliberadamente o por imprudencia información falsa o engañosa,

ello podría afectar negativamente a esta póliza y cualquier *solicitud* de reembolso. Por ejemplo, podríamos:

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

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

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

4. Periodo de prueba gratuito

Tiene derecho legal a cancelar la póliza en un plazo de catorce (14) días a partir de la fecha de inicio de la misma. Si desea cancelar esta póliza dentro de este período gratuito de catorce (14) días y no hemos abonado una solicitud de reembolso ni emitido una garantía de pago, recibirá un reembolso completo de su prima. Alternativamente, si hemos abonado una solicitud de reembolso o hemos emitido una garantía de pago, no reembolsaremos ninguna prima que se haya abonado. Para cancelar esta póliza, póngase en contacto con nosotros a través de alguna de las opciones de la sección «Cómo ponerse en contacto con nosotros» de la página 3 de estas *Normas de la póliza*.

Si usted no ejerce su derecho a cancelar esta póliza durante el período gratuito, la misma continuará vigente durante un período mínimo de tres (3) meses, incluido el período gratuito, desde la fecha de inicio inicial y deberá realizar los pagos de primas que se nos adeuden.

Para conocer sus derechos de rescisión fuera del período de reflexión legal de catorce (14) días, consulte la cláusula 6 de la presente póliza.

5. Primas y otros cargos

5.1

Su Certificado de seguro establece la prima y cualquier otro cargo (como impuestos) que deba abonarse, y establece cuándo y cómo deben abonarse. Como se especifica en la cláusula 2, estará obligado a abonar la prima por un período de cobertura mínimo de tres (3) meses, con independencia de la frecuencia de pago seleccionada.

Los pagos deben realizarse en la divisa y de la manera que se detalla en su Certificado de seguro.

5.2

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

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

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

5.3

En la mayoría de los casos, pagamos directamente los gastos médicos al hospital, la clínica o el médico. Si usted o alguno de sus beneficiarios tiene que pagar al hospital, clínica o médico, debe enviarnos la factura y el formulario de solicitud de reembolso cuanto antes después del tratamiento. Si la solicitud de reembolso y

la factura no se nos presentan en un plazo de doce (12) meses desde la fecha del tratamiento, no podremos pagar o reembolsar la solicitud de reembolso.

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

5.3.1

Las solicitudes se reembolsan en la divisa en que se haya incurrido en la solicitud de reembolso o, previa solicitud, en la divisa de las primas abonadas por esta póliza y calculadas según el tipo de cambio aplicable.

Usted, o cualquier beneficiario, puede presentar una solicitud para reembolsar la solicitud de reembolso en una divisa alternativa. Si acordamos proporcionar un reembolso coherente con una solicitud de divisa alternativa, aplicaremos un cargo estándar por conversión de divisa del 3 % sobre el tipo de cambio aplicable.

El cargo por conversión de divisa se añadirá al tipo de cambio de la divisa solicitada y afectará al importe final que se va a reembolsar. Esto significa que si se realiza una solicitud de divisa alternativa, sujeta a las fluctuaciones del tipo de cambio, el importe reembolsado puede ser inferior a la cuantía original solicitada.

En caso de que no se pueda atender una solicitud de divisa alternativa, nos pondremos en contacto con usted para que nos indique sus preferencias respecto a otra solicitud de divisa alternativa o reembolso estándar.

Usted, o cualquier beneficiario, puede ponerse en contacto con nosotros para conocer el tipo de cambio aplicable aplicado a cualquier solicitud de reembolso en particular mediante alguna de las opciones de la sección «Cómo ponerse en contacto con nosotros» de la página 3 de estas Normas de la Póliza. Nos reservamos el derecho de retirar o modificar el cargo por conversión de divisa en cualquier momento con un preaviso de sesenta (60) días.

5.4

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

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

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

5.5

Sujeto a la cláusula I3, le informaremos sobre la prima y otros cargos que sean de aplicación durante el siguiente *periodo de cobertura*.

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

6. Rescisión

6.1

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

6.1.1

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

6.1.2

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

órdenes de una autoridad u organismo regulador competente; o

6.1.3

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

6.2

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

6.3

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

6.4

Si desea rescindir esta póliza y finalizar la cobertura para todos los beneficiarios, solo podrá hacerlo después del período de cobertura mínimo de tres (3) meses desde la fecha de inicio inicial, enviándonos una notificación por escrito con al menos catorce (14) días de antelación. La resolución de su póliza entrará en vigor catorce (14) días después de que usted, el tomador del seguro, nos notifique su solicitud empleando una de las opciones que encontrará en el apartado

de contacto de la página 3 de estas Normas de la póliza.

6.4.I

Si la *póliza* se rescinde de conformidad con la cláusula 6.4, antes de la *fecha de finalización*, y hemos pagado una *solicitud* de reembolso, cubierto un *tratamiento* o emitido una *garantía de pago* durante el *periodo de cobertura*, usted será responsable de cualquier prima restante que no se haya pagado en relación con la *póliza*. Si su prima anual se cobra a intervalos a lo largo del año de la *póliza*, usted será responsable de realizar estos pagos para el resto del *periodo de cobertura* o, alternativamente, liquidar la cantidad pendiente de la prima.

6.5

En relación con el período posterior a la finalización de su cobertura fuera del período de cobertura mínimo de tres (3) meses, a menos que su *póliza* se rescinda de conformidad con la cláusula 6.2 y/o la cláusula 7, cualquier prima que se haya abonado en relación con el período posterior a la finalización de la cobertura se reembolsará en la medida en que no esté relacionada con un período de tiempo en el que hayamos prestado cobertura, siempre y cuando no hayamos abonado ninguna solicitud de reembolso o emitido ninguna garantía de pago durante el período de cobertura.

6.6

Si el *tratamiento* ha sido autorizado, nosotros no seremos responsables de los costes del *tratamiento* si la *póliza* finaliza o un *beneficiario* deja la *póliza* antes de que el *tratamiento* haya tenido lugar.

7. Fraude

7.1

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

- i. no seremos responsables del pago de dicha *solicitud*;
- ii. podemos pedir al *beneficiario* que devuelva las sumas pagadas por nosotros con respecto a la solicitud; y

- iii. podemos notificar al *beneficiario* y tratar el contrato como si hubiera sido rescindido con efecto a partir del momento en el que se produzca el acto fraudulento.

7.2

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

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

7.3

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

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

8. Opciones de cobertura

8.1

Si un *beneficiario* no tiene cobertura bajo las opciones de Asistencia ambulatoria internacional, Evacuación internacional y Crisis Assistance Plus®, Asistencia internacional de salud y bienestar o Visión y odontología internacional, no pagaremos ninguno de los *tratamientos* que estén disponibles bajo estas opciones.

8.2

Los siguientes cambios en la póliza no pueden solicitarse durante el período de cobertura y solo pueden realizarse tras la renovación:

- > modificar el nivel de cobertura (por ejemplo, subir del nivel Silver al nivel Gold o bajar del nivel Platinum al nivel Gold para la cobertura del Seguro médico internacional),
- > modificar el deducible, copago o desembolso máximo.

A fin de proceder con dicha solicitud, deberá enviarnos una notificación por escrito al menos siete (7) días antes de la fecha de renovación anual. Antes de realizar cualquiera de estos cambios, es posible que le solicitemos que rellene un nuevo cuestionario de historia clínica, ya que es posible que algunos cambios tengan que someterse a evaluación médica. Si aceptamos la solicitud, podremos aplicar nuevas restricciones o exclusiones especiales a la póliza actualizada para el nuevo período de cobertura. Una vez que acepte las condiciones que le ofrecemos, estos cambios entrarán en vigor a partir de la fecha de renovación anual.

Los cambios siguientes en la póliza pueden solicitarse durante el período de cobertura y los revisaremos:

- > para añadir uno o varios módulos opcionales al mismo nivel de cobertura que su cobertura principal del Seguro médico internacional: Consultas Externas Internacionales, Asistencia Internacional para Evacuación y Crisis Assistance Plus®, Salud y Bienestar Internacional o las opciones de Visión y Odontología Internacionales,
- > modificar el área geográfica de cobertura incluida la cobertura de EE. UU. (es decir, cambiar de Internacional excluida EE. UU. a Internacional incluida EE. UU.).

Antes de realizar cualquiera de estos cambios en la póliza durante el período de cobertura actual, es posible que le solicitemos que rellene un nuevo cuestionario de historia clínica. Si aceptamos la solicitud, podremos aplicar nuevas restricciones o exclusiones especiales a la póliza actualizada. Estos cambios en la póliza entrarán en vigor no antes de la fecha en que acepte las condiciones

que le ofrecemos y permanecerán vigentes al menos hasta la fecha de renovación anual.

Revisaremos cualquier otro cambio en la póliza en relación con las opciones de cobertura y dicho cambio se someterá a evaluación médica.

Es importante señalar que no existe cobertura para las prestaciones de maternidad (sección de atención a los padres y al bebé en la Guía del cliente) en el plan Silver y, por lo tanto, en el caso de una mejora del nivel Silver al nivel Gold o del nivel Silver al nivel Platinum, cualquier beneficiario del plan Silver no tendrá acceso a las prestaciones de maternidad hasta que haya satisfecho el período de espera de 12 meses para las prestaciones de maternidad del plan Gold o Platinum. Una vez que el beneficiario haya estado cubierto por el plan Gold o Platinum durante 12 meses o más, tendrá acceso a las prestaciones de maternidad.

Para las prestaciones de maternidad, en caso de pasar del nivel Gold al nivel Platinum tras su renovación, cualquier beneficiario sólo tendrá acceso a los límites de prestaciones del plan Gold para las prestaciones de maternidad hasta que haya cumplido el período de espera de 12 meses del plan Platinum. Una vez que un beneficiario haya estado cubierto por el plan Platinum durante 12 meses o más, tendrá acceso a los límites Platinum para las prestaciones de maternidad.

9. Franquicia y coste compartido

9.1

Si ha seleccionado un deducible en el plan de Seguro médico internacional y/o opción Asistencia ambulatoria Internacional (si procede), será responsable del pago del importe deducible directamente al hospital, clínica, médico o farmacia. Le comunicaremos a cuánto asciende este importe. El deducible elegido se aplica en función de la fecha de tratamiento y cualquier importe deducible pagado se considerará una solicitud de reembolso en relación con su póliza, con independencia de que el importe deducible pagado haya cubierto total o parcialmente el coste de la solicitud de reembolso.

Reduciremos el importe que pagaremos por el coste del tratamiento con respecto a cada

solicitud de reembolso presentada en virtud del Seguro médico internacional o de la opción de Asistencia ambulatoria internacional (si procede) en el importe de cualquier deducible hasta que se alcance el deducible para el período de cobertura.

9.2

Si ha seleccionado un copago en el plan de Seguro médico internacional y/o en la opción de Asistencia ambulatoria internacional (si procede), reduciremos la cantidad que pagamos en relación con el coste del tratamiento en ese porcentaje de copago. Deberá usted abonar el copago directamente al hospital, la clínica, el profesional médico o la farmacia. Los importes que pague usted están sujetos al efecto de limitación del desembolso máximo por cuenta propia aplicable.

El copago elegido se aplica en función de la fecha de tratamiento y cualquier importe pagado en concepto de copago se considerará una solicitud de reembolso en relación con su póliza, con independencia de que el importe abonado en concepto de copago haya cubierto total o parcialmente el coste de la solicitud de reembolso.

9.3

Solo las cantidades que usted pague en relación con el copago de la opción Seguro médico internacional y/o Asistencia ambulatoria internacional están sujetas al efecto de limitación del desembolso máximo. No están sujetos al desembolso máximo por cuenta propia los siguientes importes:

- > Cualquier cantidad que pague debido a un deducible;
- > Por sobrepasar los límites de cobertura;
- > Para tratamientos no cubiertos por el plan de Seguro médico internacional o la opción de Asistencia ambulatoria internacional; o
- > Importes que se deban sufragar como penalización por no obtener autorización previa o utilizar proveedores no pertenecientes a la red en Estados Unidos.

Los importes que pague usted por franquicia, copago y desembolso máximo por cuenta propia, cuando corresponda, resultan de aplicación por

separado a cada beneficiario, cada opción de cobertura y cada período de cobertura.

9.4

No se aplica ningún deducible a la «Prestación en efectivo para hospitalización», prestación de «Atención al recién nacido», «Tratamiento de accidentes y urgencias» o «Global Telehealth con Teladoc» dentro del plan de Seguro médico internacional.

No se aplica ningún deducible a las prestaciones incluidas en los siguientes módulos opcionales: Salud y Bienestar Internacional, Evacuación internacional y Crisis Assistance Plus®, o Visión y Odontología internacionales.

9.5

Para los siguientes tratamientos ambulatorios, cubiertos por el plan de Seguro médico internacional, se aplica el deducible hospitalario elegido:

- > Cualquier tratamiento ambulatorio bajo la prestación de «diálisis renal».
- > Cualquier prestación de imagen médica avanzada (IRM, TAC y PET) en régimen ambulatorio.
- > Cualquier tratamiento ambulatorio bajo la prestación de «Atención de salud mental y problemas de comportamiento», incluido el asesoramiento.
- > Cualquier tratamiento ambulatorio bajo la prestación de «Atención médica oncológica».
- > Cualquier tratamiento ambulatorio cubierto por la prestación «Maternidad con complicaciones».

10. Añadir beneficiarios

10.1

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

10.2

Si una *beneficiaria* da a luz, puede solicitar añadir al recién nacido como *beneficiario* de su plan.

10.2.1

Si al menos un (I) progenitor ha estado cubierto por la *póliza* durante un periodo continuado de doce (12) meses o más antes del nacimiento del recién nacido, no pediremos ninguna información sobre la salud del recién nacido ni ningún examen *médico* si recibimos la *solicitud* de inclusión del recién nacido en la *póliza* en un plazo de treinta (30) días desde la fecha de nacimiento del recién nacido. Sin embargo, si recibimos una *solicitud* en un plazo superior a treinta (30) días tras la fecha de nacimiento del recién nacido, el recién nacido estará sujeto a evaluación *médica*.

10.2.2

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*, y *usted* podrá presentar una *solicitud* para añadir al recién nacido.

10.2.3

Si un *beneficiario* tiene un hijo mediante gestación subrogada o adopción, el neonato podrá incorporarse como asegurado a su plan vigente, para lo cual se deberá enviar una *solicitud*. El neonato estará sujeto a una evaluación *médica* conforme a la cual podríamos aplicar restricciones o exclusiones particulares.

10.3

Si se requiere evaluación *médica* para el recién nacido, le informaremos sobre si le ofreceremos cobertura al recién nacido y, en tal caso, cualquier condición o exclusión especial que se deba aplicar. La cobertura no comenzará antes de la fecha en la que acepte las condiciones que le ofrezcamos.

Le mandaremos un *Certificado de seguro* actualizado confirmando que se ha añadido el nuevo *beneficiario*. Consulte la prestación “Asistencia a recién nacidos” en su Guía del cliente para obtener más detalles.

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

11.1

Si alguno de los *beneficiarios* se muda de su país de residencia habitual a un país diferente al país designado del tomador del seguro, usted podrá:

11.1.1

dejar la *póliza* en vigor durante el resto del periodo de cobertura. La cobertura permanecerá inalterada para cualquier *beneficiario* que siga residiendo en el país designado pertinente; o

11.1.2

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 período posterior a la finalización se reembolsará de modo proporcional, siempre que no se hayan hecho solicitudes de reembolso y no se hayan presentado *garantías de pago* o acuerdos previos durante el periodo de cobertura.

Si un *beneficiario* abandona el país designado pertinente, podemos ofrecerle la opción de obtener cobertura para dicho *beneficiario* bajo un plan de salud alternative proporcionado por otra compañía del grupo *Cigna*, que esté capacitada para proporcionar cobertura a *expatriados* y personas que vivan fuera del país designado.

12. Cómo nos comunicaremos con usted

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

13. Renovación de la póliza

13.1

Si decidimos renovar, le escribiremos al menos un (I) mes natural antes de la fecha de finalización para invitarle a renovar de manera automática en las condiciones que le ofrecemos. Le informaremos de cualquier cambio en la *póliza*

y en la prima para el próximo período de cobertura. Si las leyes y/o normativas locales lo dictan, es posible que tengamos que ofrecerle un seguro médico alternativo. El período mínimo de cobertura de tres (3) meses no se aplica a las pólizas renovadas. Este requisito se aplica únicamente al primer año de vigencia de la póliza.

Sin perjuicio de lo dispuesto en la cláusula 7, cualquier decisión de Cigna Healthcare de no renovar no se basará en su historial de solicitudes de reembolso ni en ninguna enfermedad, lesión o condición sufrida por ningún beneficiario.

13.2

Si acepta la invitación de renovación, asegúrese de haber leído y comprendido los documentos de *póliza* para el siguiente *período de cobertura*. Su cobertura se renovará para otros doce (12) meses.

13.3

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

13.3.1

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

13.4

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

13.5

Si se han aplicado cualesquiera exclusiones específicas a cualquier *beneficiario*, puede haber casos en los que podamos revisarlas en una *fecha de renovación anual* futura para

considerar si estamos dispuestos a retirar las exclusiones. En tal caso, le mostraremos la fecha de revisión de las exclusiones en el *Certificado de seguro*. En dicha fecha, también revisaremos la prima adicional (en caso de haberla) que podamos haber aplicado para cubrir una afección.

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

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

14. Protección de datos

14.1

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

14.2

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

15. ¿Quién puede hacer cumplir esta póliza?

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

16. Nuestro derecho de cobro de terceros

Si un *beneficiario* necesita *tratamiento* como resultado de un accidente o de un acto deliberado del cual es responsable un tercero, nosotros asumiremos (o cualquier persona o empresa que designemos) el derecho del *beneficiario* a recuperar el coste de ese *tratamiento* del tercero culpable (o su compañía de seguros). Si le solicitamos al *beneficiario* que lo haga, él o ella debe seguir todos los pasos para incluir el importe de la prestación que nos reclama bajo esta póliza en cualquier *solicitud* de reembolso contra la persona culpable (o su compañía de seguros).

El *beneficiario* deberá firmar y enviar toda la documentación y realizar cualquier otra acción que precisemos para hacer valer nuestros derechos. El *beneficiario* no deberá realizar acción alguna que pudiera dañar o afectar en modo alguno a dichos derechos. Nosotros podremos asumir y defender o resolver cualquier demanda, o iniciar legalmente cualquier demanda en nombre de un *beneficiario* para nuestro propio beneficio. Decidiremos cómo llevar a cabo cualquier procedimiento y acuerdo.

17. Otro seguro

Si otro *asegurador* también proporciona cobertura, negociaremos con este sobre quién paga qué proporción de cualquier *solicitud* de reembolso. Si un *beneficiario* está cubierto por otro seguro, es posible que solo paguemos una parte del coste del *tratamiento*. Si otra persona, organización o programa público es responsable de pagar los costes del *tratamiento*, podemos reclamar los costes que hayamos pagado.

18. Cambios a esta póliza

18.1

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

18.2

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

19. Sanciones

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

Además, se aplicarán restricciones a los siniestros en los que se incurra en países sancionados donde no exista una licencia pertinente aprobada por la Office of Foreign Assets Control de los EE. UU. Entre las restricciones, *Cigna Healthcare* no cubrirá: (1) el tratamiento electivo o preprogramado en países sancionados; ni (2) aquellos *beneficiarios* considerados

“residentes habituales” en un país sancionado. Los *beneficiarios* se consideran residentes habituales si visitan un país sancionado durante un periodo de más de 6 semanas a lo largo de cualquier periodo de 12 meses.

20. Pandemias, epidemias y enfermedades infecciosas

20.1

Cubriremos el *tratamiento médicamente necesario* para la enfermedad o la afección resultante de una pandemia, epidemia o brote de una enfermedad infecciosa, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El *tratamiento médicamente necesario* y las afecciones médicas relacionadas serán cubiertos en régimen *hospitalario, diurno y ambulatorio* (si se ha seleccionado la opción de Asistencia ambulatoria internacional) con base en las prestaciones del plan seleccionado y de acuerdo con las condiciones de la *póliza*. Cuando no se pueda acceder a los fármacos recetados en la ubicación actual del *beneficiario* como resultado de una pandemia, epidemia o brotes de enfermedades infecciosas, cubriremos el coste del envío además del coste de los fármacos recetados conforme a lo establecido en las prestaciones *ambulatorias* de fármacos y apósitos recetados.

20.2

Cubriremos las pruebas *médicamente necesarias* en caso de pandemia, epidemia o brote de una enfermedad infecciosa, en régimen *ambulatorio*, de acuerdo con la cobertura de la *póliza* para diagnósticos de otras enfermedades y de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

20.3

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

Si se debe administrar la vacuna en un ámbito privado autorizado, y el plan que haya seleccionado incluye la cobertura de vacunas que sean adecuadas clínicamente, la vacuna

se cubrirá en régimen *ambulatorio* de acuerdo con las condiciones de la *póliza*, y siempre que las autoridades reguladoras locales debidas consideren que la vacuna sea segura y efectiva en el país donde se administre.

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

SECCIÓN 2: EXCLUSIONES GENERALES

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

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

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

Las siguientes exclusiones se aplican al plan de Seguro médico internacional y a todas las opciones de cobertura extra. Consulte también la lista de prestaciones de la Guía del cliente, incluida la sección de notas para cualquier otra restricción o exclusión que pueda aplicarse, además de las Exclusiones generales. Consulte su *Certificado de seguro* respecto a cualquier exclusión especial que pueda aplicarse.

1. *Tratamiento* que sea suministrado por:

- a) un *profesional médico* que, según las autoridades pertinentes en el país en que se recibe el *tratamiento*, no tenga conocimiento especializado ni experiencia en el *tratamiento* de la enfermedad o *lesión* que se esté tratando;
- b) un *profesional médico, terapeuta, hospital, clínica* o instalación a quién hayamos dado un aviso por escrito de que ya no lo reconocemos como proveedor de *tratamiento*. Se pueden obtener los

detalles de las personas, instituciones y organizaciones a quienes hayamos presentado dicho aviso llamando a nuestro Equipo de atención al cliente; o

- c) un *profesional médico, terapeuta, hospital, clínica* o instalación que, según nuestro razonable parecer, no esté debidamente cualificado o autorizado para suministrar *tratamiento*, o no sea competente para suministrar *tratamiento*.

2. *Tratamiento* para:

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

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

3. *Tratamiento* preventivo, incluidos pruebas de salud, exámenes de salud comunes y vacunas (a menos que ese *tratamiento* esté disponible bajo el plan de Seguro médico internacional o una de las opciones para las que el *beneficiario* tenga cobertura).

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

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

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

- a) contaminación nuclear o química;
- b) guerra, invasión, actos de terrorismo, sublevación (tanto si hay una guerra

declarada como si no), guerra civil, revuelo, golpe militar u otras usurpaciones de poder, ley marcial, motín o el acto de cualquier autoridad constituida de forma ilegal;

c) cualquier otro conflicto o desastre;

cuando el *beneficiario*:

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

6. Cualquier *tratamiento* fuera de su *área de cobertura seleccionada*, a menos que el *tratamiento* pueda cubrirse bajo las condiciones de “Cobertura de hospitalización de urgencia fuera de área”.

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

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

9. *Tratamiento* en *clínicas* de cuidados naturales, spas de salud, residencias de ancianos u otras instalaciones que no sean *hospitales* o proveedores reconocidos de *tratamiento médico*. En concreto, no estaría cubiertos los costes de enfermería (por ejemplo, gastos de alojamiento, comida y de subsistencia) o de cualquier otro tipo de *tratamiento* en residencias o residencias para la tercera edad, aunque el *tratamiento* sea médicamente necesario y/o lo administre un médico reconocido.

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

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

12. Cualquier *dispositivo protésico* o aparato incluidos, entre otros, gafas (a menos que se haya seleccionado el módulo de Visión y odontología internacional) que no sea *médicamente necesario* y/o no entre en nuestra definición de *dispositivo protésico*.

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

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

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

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

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

17. *Cirugía fetal*, es decir, *tratamiento* o *cirugía* practicada en el vientre antes del nacimiento, a menos que esta haya sido causada por complicaciones derivadas de la maternidad y estará sujeta a los límites detallados en la prestación Complicaciones por maternidad bajo el plan de Seguro médico internacional.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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*.

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

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

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

29. Tratamiento que es necesario como consecuencia de o por su relación con una lesión o enfermedad sufrida por un asegurado como resultado de:

- a) participar en una actividad deportiva a nivel profesional;
- b) participar en una actividad deportiva o afición peligrosa, incluidos, entre otros, los deportes de invierno fuera de pista (esquí, esquí de travesía, snowboard, heliesquí o heliboarding), el salto base o el puenting, el paracaidismo, el clavado de gran altura o el salto de acantilados, alpinismo o escalada en roca, escalada libre (sin arnés ni cuerda), espeleología, carreras de montaña o trail running, deportes de motor, deportes ecuestres (por ejemplo, carreras de caballos, salto de obstáculos o polo), caza, monta de toros o carreras de toros, parkour, powerlifting, surf o kitesurf, rafting;
- c) submarinismo en solitario; o
- d) buceo a más de treinta (30) metros de profundidad, a menos que el beneficiario esté debidamente cualificado (PADI o equivalente) para bucear a esa profundidad.

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

El senderismo, el excursionismo y el trekking realizados por senderos definidos en pista no se consideran actividades deportivas peligrosas siempre que no se requiera equipo especial

(como el uso de cuerdas, arnés, mosquetón, crampones y equipo protector de escalada). Los tratamientos médicamente necesarios tras cualquier lesión sufrida durante estas actividades no peligrosas estarán cubiertos por la prestación de hospitalización, paciente externo o atención ambulatoria correspondiente.

30. *Tratamiento* que (en nuestra opinión razonable) sea experimental o para el cual no se haya probado la eficacia. Esto incluye:

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

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

32. Cualquier gasto para:

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

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

SECCIÓN 3: DEFINICIONES

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

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

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

Afección preexistente: cualquier afección, enfermedad o lesión, o síntomas presentes antes de la fecha inicial de inicio de su póliza para los cuales:

- se ha solicitado o recibido asesoramiento médico o tratamiento; o
- el beneficiario tenía conocimiento de ello y no buscó consejo o tratamiento médico.

Área de cobertura seleccionada: hace referencia a:

- Todo el mundo, incluidos los EE. UU. (todos los países del mundo, excluidos aquellos con los que, en la fecha de inicio del tratamiento, el Gobierno Federal de los EE. UU. haya prohibido el comercio en la medida en que los pagos sean ilegales en virtud de la legislación aplicable); o bien
- Todo el mundo, excepto EE. UU. (todos los países del mundo, con la excepción de EE. UU.).

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

Beneficiarios, beneficiario: cualquier persona mencionada en su *Certificado de seguro* y que reciba cobertura bajo esta póliza, entre ellas niños recién nacidos.

Centros médicos: esto incluye cualquier organización o institución que esté registrada o autorizada como clínica médica o quirúrgica y/u hospital en el país en el que se encuentre, donde el beneficiario esté bajo el cuidado o supervisión diaria de un médico o enfermero cualificado.

Cosmética: servicios, procedimientos o artículos que se suministren principalmente con fines estéticos y que no sean médicamente necesarios para mantener un nivel de salud aceptable.

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.

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

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

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

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

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

Garantía de pago: una garantía vinculante hecha por nosotros para pagar a un proveedor los costes acordados asociados a un tratamiento concreto que podamos dar a un beneficiario o a un centro médico o facultativo.

Hospitalario: un paciente que ingresa en una instalación médica y que ocupa una cama durante la noche o más, por razones médicas. Un ejemplo de hospitalización es la cirugía después de un infarto de miocardio en el que el paciente se recuperará en el hospital durante la noche..

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

Medicamento necesario/necesidad médica: los servicios y suministros cubiertos médicamente necesarios son aquellos que el equipo médico determina de acuerdo con las directrices clínicas internacionales que:

- > son necesarios para diagnosticar o tratar una dolencia, lesión, enfermedad o sus síntomas;
- > son ortodoxos y conformes con las normas generalmente aceptadas en la práctica médica;
- > son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración;
- > no están destinados principalmente a la comodidad del beneficiario, del médico o del centro médico; y
- > se prestan en el entorno menos intensivo que resulte adecuado para la prestación de los servicios y suministros.

Cuando proceda, el equipo médico podrá comparar la rentabilidad de servicios, entornos o suministros alternativos a la hora de determinar cuál es el entorno menos intensivo.

Médico: un médico, especialista, enfermero o terapeuta cualificado (incluidos logopedas, dietista u ortopeda), cirujano dental o dentista que esté colegiado, debidamente cualificado o autorizado para ejercer la medicina o proporcionar tratamiento conforme a las leyes

del país, estado u otra zona regulada en la que se proporcione el tratamiento, y que no esté cubierto por esta póliza, o un familiar de alguien cubierto por esta póliza.

Paciente ambulatorio: un paciente que acude a un hospital, consultorio, clínica ambulatoria u otro centro médico ambulatorio para su tratamiento, pero que no está ingresado como paciente diurno u hospitalizado y no ocupa una cama. Un ejemplo de tratamiento ambulatorio sería acudir a una consulta ambulatoria para someterse a una extirpación de lunares en la que no es necesario ingresar en el hospital y no se requiere anestesia general para el procedimiento.

Paciente diurno: 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. Un ejemplo de paciente ambulatorio sería acudir al hospital para recibir quimioterapia como parte del tratamiento oncológico o someterse a una endoscopia como parte de las pruebas diagnósticas.

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

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

Periodo de cobertura: esta póliza tiene un período de cobertura mínimo de tres (3) meses y un período de cobertura máximo de doce (12) meses renovables. El período de cobertura es desde la fecha de inicio hasta la fecha de finalización indicada en el *Certificado de seguro* o antes si se extingue de conformidad con las Normas de la póliza.

Póliza: la póliza que consta de:

- > la Solicitud del tomador del seguro y las declaraciones que haya hecho durante su afiliación para él y los posibles beneficiarios en la solicitud;
- > estas Normas de la póliza;

- > la Guía del cliente (que contiene la lista de beneficios y la información sobre solicitudes de reembolso);
- > su Certificado de seguro (que muestra el número de póliza, la prima anual, la fecha de inicio, el deducible y/o importe de copago si se selecciona, los detalles de quién está cubierto, las exclusiones especiales o ñas exclusiones que se hayan eliminado con una prima adicional y el plan de salud y las opciones seleccionadas, si procede), y
- > su tarjeta de identificación de Cigna Healthcare.

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

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

Tratamiento: cualquier tratamiento médico o quirúrgico controlado por un médico y que tenga lugar en un centro médico que sea médicamente necesario para diagnosticar, curar o aliviar sustancialmente una enfermedad, afección o lesión.

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

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

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

Vademécum: una lista de fármacos con receta aplicable a todas las solicitudes de reembolso de farmacia en los *EE. UU.* *Cigna Healthcare* ha elaborado esta lista con ayuda de nuestro Comité de Farmacia y Tratamientos

y se actualiza dos veces al año. Todos los medicamentos incluidos en nuestro vademécum están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA). Los medicamentos de venta libre (aquellos que no requieren receta), excepto la insulina, están excluidos de *nuestro vademécum*, a menos que la ley estatal o federal exija la cobertura de dichos medicamentos. *Le* notificaremos cualquier cambio que afecte a la cobertura de un medicamento que esté *usted* tomando en el momento de la actualización.



Los logotipos de “Cigna Healthcare” y el “Tree of Life” son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., con licencia de uso de The Cigna Group y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios se ofrecen por o a través de dichas subsidiarias, y no por The Cigna Group. En dichas subsidiarias se incluyen Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. y Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2025 Cigna Healthcare. Todos los derechos reservados.