



GUÍA DEL CLIENTE

Todo lo que necesita saber sobre su plan

Together, all the way.SM





PROTECCIÓN PARA USTED Y SU FAMILIA MIENTRAS VIVEN EN EL EXTRANJERO

SU PLAN CIGNA GLOBAL

Gracias por escoger el plan Cigna Global para protegerse y proteger a su familia. Nuestra misión consiste en ayudarle a mejorar su salud, su bienestar y su sensación de seguridad. Y todo lo que hacemos está diseñado para conseguirlo.

Lea esta Guía del cliente, así como su *Certificado de seguro* y *las Normas de la póliza*, ya que los tres documentos forman parte del contrato entre *usted* y *nosotros* correspondiente al presente *periodo de cobertura*.

Usted ha elegido un plan capaz de satisfacer sus necesidades específicas, de modo que conforme vaya leyendo su *Guía del cliente* y conozca la amplitud de la cobertura que le ofrecemos, verá que algunos términos están escritos en *cursiva*. Dichos términos están claramente definidos en las *Normas de la póliza* para evitar cualquier confusión.

Mientras tanto, confiamos en que disfrutará de la tranquilidad que supone saber que *usted* y *su* familia tienen acceso inmediato al *tratamiento* médico de calidad que necesitan, siempre y allá donde lo necesiten.

ÍNDICE

Nuestra promesa para los clientes	4
Contacto	5
Su Área del cliente online	6
Su guía para recibir tratamiento	7
Envío de su solicitud de reembolso	10
Resumen de su guía para recibir tratamiento	11
Nuestro programa Global Health Assist	12
Información de utilidad	13
Cómo funcionan la franquicia, la participación en los costes y el desembolso máximo	14
Sus prestaciones en detalle	16

NUESTRA PROMESA PARA LOS CLIENTES

Nos enorgullece poder ofrecerle una excepcional atención al cliente. Esta es *nuestra* promesa:

- > *usted* podrá contactar con *nuestro* experimentado equipo de atención al cliente 24 horas al día;
- > tendrá acceso fácil e inmediato a centros y profesionales sanitarios de todo el mundo pertenecientes a *nuestra* amplia red;
- > reembolsaremos directamente el importe a la entidad que proporcione *su* *tratamiento* en la mayoría de los casos. En las escasas ocasiones en que deba pagar *usted* el *tratamiento*, trataremos de tramitar *su* solicitud de reembolso en un plazo de 5 días hábiles desde la recepción de toda la documentación necesaria;
- > puede recibir el pago en más de 135 divisas.

Cómo le proporcionamos este servicio



Centros de atención al cliente con asistencia y ayuda en diversos idiomas.



Una red médica formada por más de un millón de asociados, incluyendo 89.000 profesionales de la salud mental y conductual y 11.400 centros médicos y *clínicas*.



Un sencillo sistema de solicitud de reembolso le permite acceder al *tratamiento* que necesite sin realizar desembolso alguno en muchos casos, simplemente contactando primero con *nuestro* Equipo de atención al cliente.



CONTACTO

Si tiene alguna pregunta acerca de *su póliza*, necesita autorización previa para recibir *tratamiento* o precisa de cualquier otro servicio, contacte con *nuestro* Equipo de atención al cliente, que está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año.



Teléfono: **+44 (0) 1475 788 182**



Fax: **+44 (0) 1475 492 113**



Email: **cignaglobal_customer.care@cigna.com**



En EE. UU.:

Teléfono: 800 835 7677

Fax: 855 358 6457



En Hong Kong:

Teléfono: 2297 5210



En Singapur:

Teléfono: 800 186 5047

SU ÁREA DEL CLIENTE ON LÍNEA

Como cliente de *Cigna*, tendrá *usted* acceso a abundante información desde cualquier lugar del mundo, a través de *su* Área del cliente on línea, totalmente segura. Aquí *podrá* gestionar eficazmente *su póliza*, incluyendo lo siguiente:

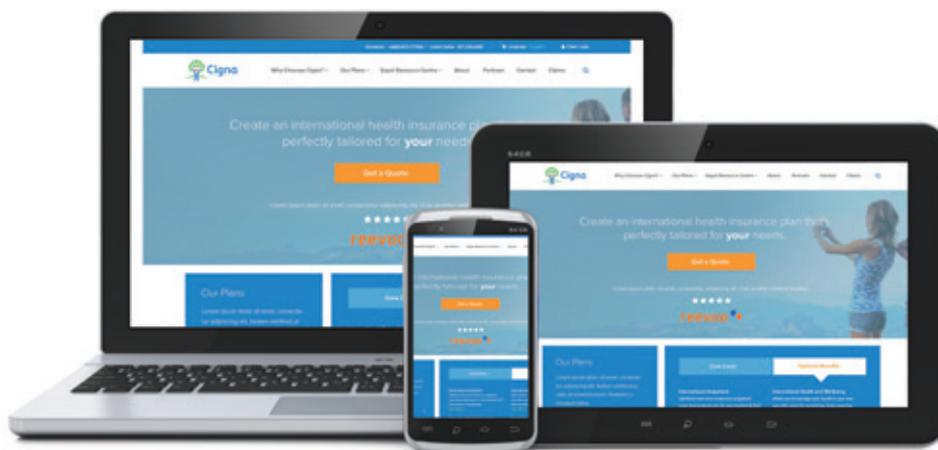
- > Ver la documentación de su póliza, incluyendo su Certificado de seguro y las tarjetas de identificación de *Cigna* para todos los beneficiarios cubiertos por su plan
- > Comprobar las Normas de la póliza aplicables a su póliza
- > Comprobar su cobertura para usted y su familia
- > Presentar solicitudes de reembolso de gastos médicos en línea
- > Realizar búsquedas de centros y profesionales médicos cercanos a su ubicación
- > Acceso al sitio de Salud y Bienestar
- > Descargarse la aplicación *Cigna Wellbeing™*
- > Descargarse la aplicación Safe Travel (solo para los clientes de los planes Platinum y Gold)

Para acceder a su Área del cliente segura en línea, inicie sesión en www.cignaglobal.com y, a continuación,

Haga clic en el botón "Inicio de sesión en el Área del cliente", situado en la parte superior derecha de la página

Después haga clic en el botón "Iniciar sesión en el Área del cliente" para acceder a la página de inicio de sesión del Área del cliente

En el campo correspondiente a la identificación de usuario, escriba la dirección de correo electrónico que nos facilitó y, a continuación, su clave



Si tiene algún problema para acceder al Área del cliente, contacte con *nuestro* Equipo de atención al cliente.

SU GUÍA PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Deseamos asegurarnos de que recibir tratamiento sea lo menos estresante posible para usted y su familia

Autorización previa

Contacte con *nuestro* Equipo de atención al cliente antes de iniciar un *tratamiento*. Podemos ayudarle a organizar su plan de *tratamiento* e indicarle cuáles son los pasos a seguir, ahorrándole el tiempo y la molestia de buscar un *hospital*, una *clínica* o un *médico* por su cuenta. Además, en la mayoría de casos podemos organizar un pago directo al proveedor de *su tratamiento*, eliminando todas las molestias y dejando que se centre en *su* recuperación.

Si no podemos organizar un pago directo al proveedor, le asesoraremos acerca del proveedor de facturación más cercano cuando *usted* llame para obtener autorización. Es posible que haya casos en los que no podamos organizar un pago directo a un proveedor y, en tales casos, *nosotros* se lo haremos saber.

Nuestros expertos están disponibles 24 horas al día los 7 días de la semana para comentar con *usted* su plan de tratamiento y para contactar directamente con el proveedor de *su tratamiento* a fin de proporcionar una *garantía de pago* y para asegurarnos de que el *tratamiento* al que *usted* está a punto de someterse está cubierto por *su póliza*.

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

Tratamiento de urgencias

Somos conscientes de que existen determinadas ocasiones en que no es posible ni factible para el *beneficiario* contactar con *nosotros* para obtener una autorización previa (por ejemplo en caso de emergencia o cuando un miembro de su familia se encuentra enfermo de repente y la prioridad es obtener un *tratamiento* para él o ella cuanto antes). En circunstancias como estas, le rogamos que *usted* o el *beneficiario* afectado se pongan en contacto con *nosotros* en un plazo no superior a 48 horas después de solicitado

Nota importante

Todo *tratamiento* deberá ser previamente autorizado por *nosotros*. Esto ayudará a garantizar que *su* solicitud de reembolso está cubierta por la *póliza*. Si no obtiene autorización previa por *nuestra* parte, es posible que se produzcan retrasos en el procesamiento de las solicitudes de reembolso, o quizá *nos* veamos obligados a rehusar abonar parcial o totalmente dicha solicitud de reembolso.

Reduciremos el importe a pagar en:

- > Un 50 % si *usted* no obtuvo autorización previa cuando era necesario para recibir *tratamiento* en EE. UU.;
- > Un 20 % si *usted* no obtuvo autorización previa para recibir *tratamiento* fuera de EE. UU.

el *tratamiento*. De este modo podemos confirmar si un *tratamiento* determinado está cubierto por su *póliza* y organizar el desembolso monetario a *su* proveedor. Esto también *nos* permite asegurarnos de que *usted*, o el *beneficiario* afectado, está obteniendo el mayor partido de su cobertura.

En caso de necesitar tratamiento de *urgencia*, le pediremos que nos dé una explicación sobre por qué era necesario aplicar urgentemente el *tratamiento* y es necesario que aporte pruebas de ello. Si acordamos que no era razonablemente posible o práctico solicitar una autorización previa, cubriremos el coste del *tratamiento* inicial (incluyendo toda medicación prescrita) que fuera urgente (según los términos de esta *póliza*).

Si un *beneficiario* es trasladado a un *hospital*, *médico* o *clínica* que no forme parte de la red de *Cigna*, quizá podamos gestionar (con consentimiento del *beneficiario*) para trasladar a dicho *beneficiario* a un *hospital*, *médico* o *clínica* perteneciente a la red de *Cigna* para continuar el *tratamiento* una vez que resulte médicamente factible hacerlo.

Recibir tratamiento

Recuerde llevar su tarjeta de identificación de *Cigna* con usted cuando solicite *tratamiento* y preguntar a su *hospital*, *médico* o *clínica* acerca de la facturación directa si esta no ha sido confirmada todavía. *Nosotros* proporcionaremos a su proveedor una *garantía de pago* de ser preciso. Puede obtener una copia de su tarjeta de identificación de *Cigna* en su Área del cliente segura online.

Nota importante

Es responsabilidad de los *beneficiarios* pagar cualquier *franquicia* y/o *participación en los costes* directamente al *hospital*, *médico* o *clínica* en el momento de recibir *tratamiento*.

Garantía de pago

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

Recibir tratamiento en EE. UU.

Si se ha recibido una autorización previa pero el *beneficiario* decide recibir *tratamiento* en un *hospital*, *médico* o *clínica* que no formen parte de la red de *Cigna*, reduciremos el importe que vayamos a abonar en un 20 %. Puede obtener una lista de *hospitales*, *clínicas* y *médicos* pertenecientes a la red de *Cigna* en su Área del cliente segura online, o bien puede contactar con *nuestro* Equipo de atención al cliente para obtener más información.

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

- > cuando no existe ningún *hospital*, *médico* o *clínica* pertenecientes a la red de *Cigna* en un radio de 30 millas/50 kilómetros del hogar del *beneficiario*; o bien
- > cuando el *tratamiento* que precisa recibir el *beneficiario* no esté disponible en ningún *hospital*, *médico* o *clínica* pertenecientes a la red de *Cigna*.



Cómo abonamos las solicitudes de reembolso después del tratamiento

Pagamos directamente a su hospital, clínica o médico

Algunos *hospitales, médicos o clínicas* están dispuestos a facturarnos directamente a *nosotros*. Si el *tratamiento* entra en la cobertura, el *hospital, médico o clínica* deberá enviarnos la factura original y *nosotros* se la abonaremos directamente.

Si su hospital, clínica o médico le entregan una factura

Si un *hospital, médico o clínica* facturan directamente al *beneficiario* y dicho *hospital, médico o clínica* no han recibido el pago del beneficiario, el *beneficiario* deberá enviarnos la factura original cuanto antes, y *nosotros* realizaremos cualquier pago cubierto por esta *póliza* directamente a dicho *hospital, médico o clínica*.

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

Si el *hospital, médico o clínica* facturan directamente a un *beneficiario* y este abona la factura, dicho *beneficiario* puede enviarnos la factura original, el recibo y el formulario de solicitud de reembolso correspondientes al pago realizado al *hospital, médico o clínica* cuanto antes. *Nosotros* reembolsaremos al *beneficiario* cualquier parte del coste del *tratamiento* que se incluya en la cobertura.

En cada caso solo abonaremos las partes de los gastos incurridos que se incluyan en la cobertura. Le informaremos en el caso de que creamos que alguna parte del gasto incurrido no se incluye en la cobertura. Podemos realizar el reembolso mediante transferencia o cheque.

Usted puede enviarnos la solicitud de reembolso a través de *su* Área del cliente segura online, o mediante email, fax o correo postal. Consulte la página 10 para ver cómo enviar solicitudes de reembolso en *su* región específica.

Puede descargar formularios de solicitud de reembolso desde *su* Área del cliente segura online o en www.cignaglobal.com/help/claims.

Nota importante

Es posible que le solicitemos información adicional para poder procesar una solicitud de reembolso, como por ejemplo informes médicos u otra información acerca de la enfermedad del *beneficiario*, o bien los resultados de cualquier examen médico independiente que podamos solicitar y abonar.

Los beneficiarios deben enviar sus formularios de solicitud de reembolso y sus facturas cuanto antes después de recibir cualquier *tratamiento*. Si no recibimos la solicitud de reembolso y la factura en un plazo de 12 meses desde la fecha del *tratamiento*, dicha solicitud de reembolso quedará sin validez y no será abonada ni reembolsada por *nosotros*.

Abonaremos los siguientes gastos relacionados con su solicitud de reembolso:

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

ENVÍO DE SU SOLICITUD DE REEMBOLSO

Si ha pagado *su tratamiento*, puede enviarnos *su factura* y su formulario de solicitud de reembolso empleando cualquiera de los siguientes métodos. Indique con claridad su número de póliza en toda la documentación.

 **Área del cliente online:** www.cignaglobal.com

 **Email:** cignaglobal_customer.care@cigna.com

 **Fax:** +44 (0) 1475 492 113

 **Correo:**

En EE. UU.:

Fax: 855 358 6457

Tratamiento recibido fuera de EE. UU., Hong Kong y Singapur

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

Tratamiento recibido en EE. UU.

Cigna Internacional
PO Box 15964
Wilmington
Delaware 19850
EE. UU.

Tratamiento recibido en Hong Kong

Cigna Worldwide General Insurance Company Ltd
Cigna Global Health Options
Servicio de atención al cliente
16/F
International Trade Tower
348 Kwun Tong Road
Kwun Tong
Kowloon
Hong Kong SAR

Tratamiento recibido en Singapur

Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V.-
Singapore Branch
Cigna Global Health Options
152 Beach Road
#33-05/06 The Gateway East
Singapur 189721



RESUMEN DE SU GUÍA PARA RECIBIR TRATAMIENTO

El siguiente diagrama resume cómo funciona el proceso de *tratamiento* y solicitud de reembolso



Antes de recibir *tratamiento*, llame a *nuestro* Equipo de atención al cliente. Consulte los datos de contacto de la página 5



Si se trata de una urgencia y no puede llamarnos antes de recibir el *tratamiento*, contacte con *nosotros* en las 48 horas siguientes



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



Si *usted* ha elegido una opción de *franquicia y/o participación de costes*, *usted* abonará dicho importe directamente a *su hospital, clínica o médico* y *nosotros* abonaremos el resto

Si *su hospital, clínica o médico* le entregan una factura

Envíenos *su factura* y solicitud de reembolso

Nosotros reembolsaremos a *su hospital, clínica o médico* (menos el importe aplicable por *franquicia y/o participación en los costes* seleccionado)

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

Envíenos *su factura* y solicitud de reembolso

Nosotros le reembolsaremos a *usted* (el importe aplicable por *franquicia y/o participación en los costes* seleccionado)



Nuestro objetivo es procesar *su* solicitud de reembolso en los cinco días siguientes a recibir toda la documentación necesaria

Envío de solicitudes de reembolso

Usted y todos los *beneficiarios* deberán cumplir con los procedimientos para solicitud de reembolso indicados en esta *Guía del cliente*.

NUESTRO PROGRAMA GLOBAL HEALTH ASSIST

Nuestro exclusivo programa Global Health Assist cuenta con un equipo dedicado de médicos y enfermeras que trabajan mano a mano con los clientes que tienen enfermedades graves o complejas para ofrecerles toda la asistencia médica que se merecen.

Nos comprometemos a ayudarle a *usted* y a su *familia* a disfrutar de una vida mejor y más saludable, ofreciendo un nivel incomparable de conocimientos clínicos y garantizando que todos los *beneficiarios* puedan tener acceso a:



PROGRAMA DE AYUDA PARA LA TOMA DE DECISIONES



Nuestros clientes tienen la posibilidad de hablar con los *médicos* o *personal de enfermería*. Esto les permite acceder a un servicio de segunda opinión internacional o simplemente sentirse tranquilos en un momento en el que posiblemente están más susceptibles y sensibles. En este servicio puede incluirse una opinión independiente del diagnóstico o plan de *tratamiento*.

ATENCIÓN DE CASOS COMPLEJOS CON PERSONAL DE ENFERMERÍA



Cuando el *tratamiento* es más complejo, *nuestro* personal de enfermería puede hacerse cargo del caso ofreciendo orientación clínica y confianza. Asimismo, estos profesionales pueden convertirse en el punto de contacto único del *beneficiario* durante todo el *tratamiento*.



Nuestro servicio Global Health Assist se basa en un enfoque proactivo y personalizado para gestionar problemas de salud complejos.

Nuestro equipo de enfermería cualificado, parte del equipo clínico, se pondrán en contacto de inmediato con los clientes que ya tengan enfermedades o enfermedades graves y confirmarán el punto de contacto personalizado único para el cliente, y usted recibirá asistencia personalizada e información sobre:

- > *Nuestro* programa de ayuda para la toma de decisiones.
- > Red médica/proveedor preferido.
- > Visitas hospitalarias y acceso al nivel correcto de asistencia sanitaria.
- > Cobertura detallada.
- > Asistencia personalizada y gestión de casos.
- > Global Care on Demand.

INFORMACIÓN DE UTILIDAD

Qué significan sus exclusiones

Las exclusiones son gastos o *tratamientos* que no están cubiertos por *su* plan. Consulte *sus Normas de la póliza* para ver la lista de Exclusiones generales que se aplican a todas las opciones y coberturas de Cigna Global Health Options. Si se aplica alguna exclusión especial a título individual a *su póliza*, estará reflejada en *su Certificado de seguro*. En el caso de algunas exclusiones especiales, es posible que hayamos acordado eliminar la exclusión especial alguna cambio de una prima adicional. Encontrará detalles sobre la misma en *su Certificado de seguro*.

¿No entiende alguna palabra o algún término?

Si no está seguro de lo que significa alguno de los términos incluidos en esta guía, no se preocupe. Encontrará una útil lista de definiciones en *sus Normas de la póliza*.

Pago de sus primas

Puede optar por pagar *sus* primas mensual, trimestral o anualmente. Puede efectuar los pagos mediante tarjeta de débito o de crédito, o si paga anualmente, puede hacer el abono mediante transferencia bancaria. Infórmenos si *su* tarjeta de crédito ha caducado o si obtiene una tarjeta nueva para que podamos actualizar *su* número de tarjeta y fecha de caducidad.

Renovación de su póliza

Nos pondremos en contacto con *usted* al menos un mes natural antes de que finalice *su periodo de cobertura* para comprobar si desea renovar *su póliza*. Le informaremos de cualquier cambio (si lo hubiera) en las *prestaciones* y términos y condiciones de *su póliza* que sean de aplicación tras su renovación. *La documentación de su póliza* para el subsiguiente *periodo de cobertura* estará disponible en *su* Área del cliente segura

online, incluyendo *su* programa del seguro, que detalla *su* prima. Si *usted* ha elegido recibir copias impresas de los documentos de *su póliza*, se los haremos llegar a la dirección postal que nos facilitó. Si decide renovar, no es preciso que haga nada, ya que *su* cobertura se renovará automáticamente por otros 12 meses. Le enviaremos un *Certificado de seguro* para *su* nuevo *periodo de cobertura* en la fecha de *su renovación anual*.

Cambio de beneficiarios

A menos que se haya producido algún *acontecimiento en su vida habilitante*, solo podrá añadir o eliminar algún *beneficiario* cuando se renueve *su* cobertura al final del *periodo de cobertura* anual. Si se ha producido dicho *acontecimiento en su vida habilitante*, como una boda, un divorcio o el nacimiento de un hijo, *usted* podrá añadir o eliminar un *beneficiario* en cualquier momento durante *su periodo de cobertura* anual. Si desea añadir, eliminar o cambiar algún *beneficiario*, no tiene más que llamar al Equipo de atención al cliente, que estará encantado de ayudarle.

Cambios en su plan

Si desea realizar algún cambio en *su* plan, puede hacerlo cuando se renueve *su* cobertura, al final del *periodo de cobertura* anual. Póngase en contacto con el Equipo de atención al cliente, que estará encantado de ayudarle y de comentarle las diversas opciones e informarle de las primas adicionales que deberá abonar.

Cancelación de su póliza

Si *usted* decide poner fin a *su póliza* y a *su* cobertura para todos los *beneficiarios*, puede hacerlo por escrito en cualquier momento con una antelación mínima de siete días.

CÓMO FUNCIONA LA FRANQUICIA, LA PARTICIPACIÓN EN LOS COSTES Y EL DESEMBOLSO MÁXIMO

Nuestra amplia gama de opciones de *franquicia* y *participación en los costes* le permite personalizar *su* plan para que se ajuste a *sus* necesidades.

Puede elegir tener una *franquicia* y/o *participación en los costes* en la opción de Seguro médico internacional y/o Asistencia ambulatoria internacional. No se aplica ninguna *franquicia* a las prestaciones en efectivo para *hospitalización* ni a las de atención para recién nacidos.

Usted será responsable de pagar directamente el importe de la *franquicia* y la *participación*

en los costes al hospital, clínica o médico. Le haremos saber a cuánto asciende dicho importe. Si opta por tener tanto una *franquicia* como una *participación en los costes*, el importe que tendrá que pagar como *franquicia* se calculará antes del importe a pagar como *participación en los costes*. El *desembolso máximo* es la cantidad máxima de *participación en los costes* que debe pagar un *beneficiario* por cada *periodo de cobertura*.

Los ejemplos siguientes ilustran cómo funciona la *franquicia*, la *participación en los costes* y el *desembolso máximo*.

EJEMPLO 1: FRANQUICIA

Este importe es la cantidad que *usted* paga para satisfacer *sus* gastos médicos por *periodo de cobertura*.

Cuantía de la solicitud de reembolso:	1.200 \$
<i>Franquicia:</i>	500 \$



USTED PAGA...
Franquicia de
500 \$



NOSOTROS PAGAMOS...
700 \$

QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA USTED...

Usted paga solamente el importe de la *franquicia* y *nosotros* pagamos el resto.

EJEMPLO 2: PARTICIPACIÓN EN LOS COSTES TRAS LA FRANQUICIA Y DESEMBOLSO MÁXIMO

(cuando *su participación en los costes* tras la *franquicia* es inferior al *desembolso máximo*)

La *participación en los costes* es el porcentaje de cada solicitud de reembolso que *usted* deberá abonar. El *desembolso máximo* es el importe máximo de *participación en los costes* que *usted* tendría que pagar en un *periodo de cobertura*.

Cuantía de la solicitud de reembolso:	5.000 \$
<i>Franquicia:</i>	0 \$
20 % de participación en los costes:	1.000 \$
Desembolso máximo:	2.000 \$



USTED PAGA...
el 20 % de participación en los costes, por valor de
1.000 \$



NOSOTROS PAGAMOS...
4.000 \$

QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA USTED...

Su participación en los costes es el 20 % de 5.000 \$ (1.000 \$). Este importe es inferior a *su desembolso máximo*, por lo que *usted* paga 1.000 \$ y *nosotros* cubrimos el resto.

EJEMPLO 3: PARTICIPACIÓN EN LOS COSTES TRAS LA FRANQUICIA Y DESEMBOLSO MÁXIMO

(cuando *su* participación en los costes tras la *franquicia* es superior al *deseMBOLSO MÁXIMO*)

La *participación en los costes* es el porcentaje de cada solicitud de reembolso que *usted* deberá abonar. El *deseMBOLSO MÁXIMO* es el importe máximo que *usted* tendría que pagar en la *participación en los costes* por cada *periodo de cobertura*.

Cuantía de la solicitud de reembolso:	20.000 \$
<i>Franquicia</i> :	0 \$
20 % de participación en los costes:	4.000 \$
<i>DeseMBOLSO MÁXIMO</i> :	2.000 \$



USTED PAGA...

El *deseMBOLSO MÁXIMO* de **2.000 \$**



NOSOTROS PAGAMOS...

18.000 \$

QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA USTED...

Su participación en los costes es el 20 % de 20.000 \$ (4.000 \$). Este importe es superior a *su deseMBOLSO MÁXIMO*, por lo que *usted* paga solamente 2.000 \$ y *nosotros* cubrimos el resto.

EJEMPLO 4: DEDUCIBLE, PARTICIPACION EN LOS COSTES TRAS LA FRANQUICIA Y DESEMBOLSO MÁXIMO

(cuando *su participación en los costes* tras la *franquicia* es inferior al *deseMBOLSO MÁXIMO*)

La *participación en los costes* es el porcentaje de cada solicitud de reembolso que *usted* deberá abonar. El *deseMBOLSO MÁXIMO* es el importe máximo que *usted* tendría que pagar en la *participación en los costes* por cada *periodo de cobertura*.

Cuantía de la solicitud de reembolso:	20.000 \$
<i>Franquicia</i> :	375 \$
20 % de participación en los costes:	3.925 \$
<i>DeseMBOLSO MÁXIMO</i> :	5.000 \$



USTED PAGA...

El *deducible* de **375 \$** y la *participación en los costes* de **3.925 \$**



NOSOTROS PAGAMOS...

15.700 \$

QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA USTED...

Una vez *haya* pagado la *franquicia* de 375 \$, *su participación en los costes* es el 20 % de 19.625 \$ (3.925 \$). Este importe no es superior a *su deseMBOLSO MÁXIMO*, de manera que *usted* paga 3.925 \$ para satisfacer el *deseMBOLSO MÁXIMO* de la *participación de costes* (y la *franquicia* inicial de 375 \$ que pagó al principio) y *nosotros* cubrimos el resto.

⚠ Atención:

La *franquicia*, la *participación en los costes* tras la *franquicia*, y el *deseMBOLSO MÁXIMO* se determinan por separado para cada *beneficiario* y para cada *periodo de cobertura*.

SUS PRESTACIONES EN DETALLE

Al crear su plan *Cigna Global*, es posible que usted haya elegido añadir prestaciones opcionales a la cobertura principal de su seguro médico internacional. En esta sección le explicaremos con detalle qué cobertura puede esperar con cada opción. Para recordar qué prestaciones ha escogido, consulte su *Certificado de seguro*. Su *Certificado de seguro* también detalla el área de cobertura que ha elegido para su plan, ya sea *Todo el mundo incluyendo EE. UU.* o *Todo el mundo excluyendo EE. UU.*

Las tablas de *prestaciones* detallan cuáles son las coberturas de su plan. El plan Platinum proporciona cobertura ilimitada para el Seguro médico internacional y la opción Asistencia ambulatoria internacional, con excepción de las *prestaciones* que tengan limitaciones individuales. Los planes Gold y Silver, junto con las opciones de Asistencia dental, cuentan con máximos anuales. Se trata de las cantidades máximas que abonamos por cada *beneficiario* en cada *periodo de cobertura*.

Las *prestaciones* de las opciones Asistencia ambulatoria internacional, Evacuación médica internacional, Salud y bienestar internacional y las opciones de Asistencia oftalmológica y dental internacional solo están disponibles si las ha adquirido como complemento a la cobertura principal de su Seguro médico internacional. Lea las notas adicionales aplicables a cada *prestación* incluida en *tablas de prestaciones*.

La opción de Asistencia ambulatoria internacional incluye *tratamientos* en *hospitales*, consultas médicas o *clínicas ambulatorias* cuando no se precisa *hospitalización* ni *tratamiento externo*. Esto significa que los *tratamientos de urgencia* que no precisen *hospitalización* ni *tratamiento externo* solo entrarán en la cobertura si ha adquirido la opción de Asistencia ambulatoria internacional.

Las *prestaciones* y cualquier otra opción elegida se proporcionan en función de todos los términos, condiciones, límites y exclusiones de esta *póliza* (incluyendo las Exclusiones generales que se hallan en las *Normas de la póliza*, las exclusiones específicas determinadas en la *lista de prestaciones* y cualquier exclusión especial incluida en su *Certificado de seguro*). La *lista de prestaciones* incluida en esta *Guía del cliente* muestra todos los límites aplicables a las *prestaciones*. Las *prestaciones* pagadas "íntegramente" están sujetas al máximo de prestaciones anuales generales, siempre que sea de aplicación. Existen algunas *prestaciones* con periodo de espera, lo que significa que usted solo podrá enviar una solicitud de reembolso por aquellos *tratamientos* recibidos después de que haya transcurrido el periodo de espera.

Los límites de las *prestaciones* se muestran en dólares, euros y libras esterlinas. La divisa en la que usted elija pagar su prima será la divisa de aplicación a las *prestaciones* de su plan.



Cobertura de urgencias fuera del área, para clientes cuya área de cobertura sea mundial, pero excluyendo EE. UU.

Para que disfrute de una tranquilidad adicional, su plan incluye cobertura médica de urgencia de corta duración cuando se encuentre visitando un lugar situado fuera de su *área de cobertura*.

Los *beneficiarios* recibirán cobertura para *tratamientos de urgencias* en régimen de *hospitalización* o régimen *externo*, o bien en régimen *ambulatorio* (si ha adquirido la opción adicional de cobertura internacional ambulatoria con su *póliza*) durante viajes de negocios o vacacionales, incluso si dichos viajes se realizan fuera de su *área de cobertura*. La cobertura se limita a un periodo máximo de tres (3) semanas por viaje y un máximo de sesenta (60) días por *periodo de cobertura* incluyendo todos los viajes realizados en ese periodo. Consulte los términos y condiciones relacionados con esta *prestación* en la cláusula 10.6.1 de sus *Normas de la póliza*.

SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL

Nuestros planes abarcan tres niveles distintos de cobertura: Silver, Gold y Platinum.

El nivel de cobertura elegido por usted se detalla en la siguiente tabla. Todas las cantidades se aplican por *beneficiario* y por *periodo de cobertura* (salvo que se indique lo contrario).

El Seguro médico internacional es su cobertura básica para los costes de *hospitalización*, de *consultas externas* y de alojamiento, así como para la atención oncológica, psiquiátrica y mucho más. Nuestros planes Gold y Platinum también le proporcionan cobertura para la atención de maternidad, tanto en régimen de *hospitalización* como de *tratamiento externo*.

SU LÍMITE GENERAL

	Silver	Gold	Platinum
Prestación anual, máximo por beneficiario durante cada periodo de cobertura. Esto incluye las solicitudes de reembolso pagadas en todas las secciones del Seguro médico internacional.	1.000.000 \$ 800.000 € 650.000 £	2.000.000 \$ 1.600.000 € 1.300.000 £	Ilimitado

SUS PRESTACIONES MÉDICAS ESTÁNDAR

	Silver	Gold	Platinum
Cargos hospitalarios por: servicios de enfermería y alojamiento para <i>tratamiento hospitalario</i> y <i>externo</i> y sala de recuperación.	Pago completo de una habitación doble	Pagados íntegramente por una habitación privada	Pagados íntegramente por una habitación privada
<ul style="list-style-type: none">› Nosotros pagaremos los servicios de enfermería y el alojamiento mientras el <i>beneficiario</i> esté recibiendo <i>tratamiento en régimen de hospitalización</i> o <i>externo</i>; o el coste de una sala de <i>curas</i> cuando el <i>beneficiario</i> se someta a cirugía <i>ambulatoria</i>, si se precisa.› Únicamente pagaremos estos gastos si:<ul style="list-style-type: none">• es <i>médicamente necesario</i> que el <i>beneficiario</i> reciba tratamiento como paciente <i>hospitalizado</i> o <i>externo</i>;• permanece en el <i>hospital</i> durante un periodo de tiempo médicamente apropiado;• el <i>tratamiento</i> que reciba es prestado o controlado por un <i>especialista</i>; y• se aloja en una habitación individual estándar con baño privado o equivalente (aplicable solo en los planes Gold y Platinum).• se aloja en una habitación doble con baño compartido (aplicable solo en el plan Silver).	<ul style="list-style-type: none">› Si los gastos del <i>hospital</i> varían según el tipo de habitación en la que se aloje el <i>beneficiario</i>, el importe máximo que pagaremos es aquel que se habría cobrado si el <i>beneficiario</i> se hubiera alojado en una habitación individual estándar con baño privado o equivalente (aplicable solo a los planes Gold y Platinum) o en una habitación doble con baño compartido o equivalente (aplicable solo en el plan Silver).› Si el <i>médico</i> a cuyo cargo esté el <i>beneficiario</i> decide que este necesita permanecer en el <i>hospital</i> durante un periodo de tiempo superior al que <i>nosotros</i> hayamos aprobado de forma previa, o determina que el <i>tratamiento</i> que precisa el <i>beneficiario</i> difiere del que hayamos autorizado de forma previa, dicho <i>médico</i> deberá proporcionarnos un informe en el que se explique durante cuánto tiempo tendrá que permanecer el <i>beneficiario</i> en el <i>hospital</i>, el diagnóstico (si ha cambiado) y el <i>tratamiento</i> que ha recibido y necesita recibir el <i>beneficiario</i>.		

	Silver	Gold	Platinum
Cargos hospitalarios por: <ul style="list-style-type: none"> › quirófano. › medicamentos, fármacos y vendajes recetados para tratamiento de <i>hospitalización</i> o <i>externo</i>. › honorarios de la sala de <i>tratamiento</i> para cirugía <i>ambulatoria</i>. 	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
Gastos de quirófano <ul style="list-style-type: none"> › <i>Pagaremos</i> los costes y cargos relacionados con el uso de un quirófano, si el <i>tratamiento</i> administrado está cubierto por esta <i>póliza</i>. 	Vendajes, fármacos y medicamentos <ul style="list-style-type: none"> › <i>Pagaremos</i> los vendajes, fármacos y medicamentos recetados al <i>beneficiario</i> mientras esté recibiendo <i>tratamiento</i> como <i>paciente hospitalizado</i> o <i>externo</i>. › <i>Pagaremos</i> únicamente los vendajes, fármacos y medicamentos recetados para su uso en el hogar si el <i>beneficiario</i> tiene cobertura según la opción de Asistencia ambulatoria internacional (a menos que se prescriban como parte de un <i>tratamiento oncológico</i>). 		

	Silver	Gold	Platinum
Cuidados intensivos: <ul style="list-style-type: none"> › terapia intensiva. › atención coronaria. › unidad de alta dependencia. 	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › <i>Pagaremos</i> el tratamiento del <i>beneficiario</i> en unas instalaciones de <i>cuidados intensivos</i>, terapia intensiva, atención coronaria o unidad de alta dependencia si: <ul style="list-style-type: none"> • dichas instalaciones son el lugar más apropiado para que reciba el tratamiento; • los cuidados prestados por dichas instalaciones son parte esencial de su <i>tratamiento</i>; y • los cuidados prestados por dichas instalaciones son requeridos habitualmente por pacientes que sufren el mismo tipo de enfermedad o <i>lesión</i>, o que reciben el mismo tipo de <i>tratamiento</i>. 			

	Silver	Gold	Platinum
Honorarios de cirujanos y anestesistas	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › <i>Pagaremos</i> los gastos de los pacientes <i>hospitalizados</i>, <i>externos</i> o <i>ambulatorios</i> en concepto de: <ul style="list-style-type: none"> • honorarios por intervenciones quirúrgicas de cirujanos y anestesistas; y • honorarios de cirujanos y anestesistas respecto al <i>tratamiento</i> que se precise inmediatamente antes o después de la intervención (es decir, el mismo día de la intervención quirúrgica). › <i>Pagaremos</i> solamente los <i>tratamientos ambulatorios</i> recibidos antes o después de una intervención quirúrgica si el <i>beneficiario</i> tiene cobertura según la opción de Asistencia ambulatoria internacional (a menos que el <i>tratamiento</i> se administre como parte de un <i>tratamiento oncológico</i>). 			

	Silver	Gold	Platinum
Honorarios de consultas a especialistas	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › <i>Pagaremos</i> las visitas periódicas de un <i>especialista</i> durante las estancias en el <i>hospital</i> incluyendo <i>cuidados intensivos</i> por parte de un <i>especialista</i> durante el tiempo requerido conforme a la <i>necesidad médica</i>. › <i>Pagaremos</i> las consultas con un <i>especialista</i> durante las estancias en un <i>hospital</i> donde el <i>beneficiario</i>: <ul style="list-style-type: none"> • esté siendo tratado como paciente <i>hospitalizado</i> o <i>externo</i>, • sea objeto de una intervención quirúrgica o • la consulta sea por <i>necesidad médica</i>. 			

	Silver	Gold	Platinum
Alojamiento en el hospital para el padre/madre o tutor Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	1.000 \$ 740 € 665 £	1.000 \$ 740 € 665 £	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Si un <i>beneficiario</i> menor de 18 años precisa <i>tratamiento hospitalario</i> y ha de pernoctar en el <i>hospital</i>, <i>pagaremos</i> también el alojamiento en el <i>hospital</i> de uno de los padres o el tutor legal si: <ul style="list-style-type: none"> • hay disponible alojamiento en el mismo <i>hospital</i>; y • el coste es razonable. › <i>Pagaremos</i> únicamente el alojamiento en el <i>hospital</i> para uno de los padres o el tutor legal si el <i>tratamiento</i> que reciba el <i>beneficiario</i> durante su estancia en el <i>hospital</i> está cubierto por esta <i>póliza</i>. 			

	Silver	Gold	Platinum
Servicios de trasplante de órganos, médula ósea y células madre	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › <i>Pagaremos</i> el <i>tratamiento hospitalario</i> para el <i>beneficiario</i> relacionado directamente con un trasplante de órganos si: <ul style="list-style-type: none"> • el trasplante es <i>médicamente necesario</i> y el órgano que va a ser trasplantado ha sido donado por un miembro de la familia del <i>beneficiario</i> o procede de una fuente verificada y legítima. › <i>Pagaremos</i> los medicamentos contra el rechazo después de un trasplante cuando se administren como <i>paciente hospitalizado</i>. › <i>Pagaremos</i> el <i>tratamiento hospitalario</i> relacionado directamente con un trasplante de médula ósea o células madre periféricas si: <ul style="list-style-type: none"> • el trasplante es <i>médicamente necesario</i>; y • el material a trasplantar es la médula ósea o células madre del propio <i>beneficiario</i>, o médula ósea obtenida de una fuente verificada y legítima. › <i>No</i> <i>pagaremos</i> los trasplantes de médula ósea o células madre periféricas en virtud de esta parte de la presente <i>póliza</i> si los trasplantes forman parte de un <i>tratamiento oncológico</i>. La cobertura que se proporciona con respecto al <i>tratamiento oncológico</i> se explica en otras partes de esta <i>póliza</i>. › Si una persona dona un órgano o médula ósea a un <i>beneficiario</i>, <i>pagaremos</i>: <ul style="list-style-type: none"> • la extracción del órgano o la médula ósea; • cualesquiera pruebas de compatibilidad de tejidos o procedimientos <i>médicamente necesarios</i>; • los gastos de <i>hospital</i> del donante; y • los gastos que se contraigan si el donante sufre complicaciones, durante un periodo de 30 días desde su intervención; esté o no cubierto el donante por esta <i>póliza</i>. › El importe que <i>pagaremos</i> para hacer frente a los gastos médicos del donante se reducirá en la suma que le sea pagadera en relación con dichos gastos según cualquier otra <i>póliza</i> de seguro o derivada de cualquier otra fuente. › <i>No</i> <i>pagaremos</i> el <i>tratamiento ambulatorio</i> del <i>beneficiario</i> ni del donante, a menos que el <i>beneficiario</i> tenga cobertura según la opción de Asistencia ambulatoria internacional para el <i>tratamiento ambulatorio</i> específico requerido. › Si un <i>beneficiario</i> dona un órgano para un trasplante <i>médicamente necesario</i>, <i>cabriremos</i> los gastos médicos que contraiga el <i>beneficiario</i> relacionados con esta donación hasta cualesquiera límites de la <i>póliza</i>. No obstante, únicamente <i>pagaremos</i> la extracción del órgano donado si el receptor previsto es también un <i>beneficiario</i> de este plan. › <i>Tendremos</i> en cuenta todos los trasplantes <i>médicamente necesarios</i>. Otros trasplantes (como los considerados como procedimientos experimentales) no están cubiertos por esta <i>póliza</i>. Esto es así debido a las condiciones o limitaciones de la cobertura que se explican en otra parte de esta <i>póliza</i>. <p>Nota importante</p> <ul style="list-style-type: none"> › El <i>beneficiario</i> deberá ponerse en contacto con <i>nosotros</i> y obtener nuestra aprobación por adelantado antes de contraer cualquier gasto en relación con la donación o el trasplante de órganos, médula ósea o células madre. 			

	Silver	Gold	Platinum
Diálisis renal	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› El <i>tratamiento</i> para la diálisis renal estará cubierto si dicho <i>tratamiento</i> está disponible en el país de residencia del <i>beneficiario</i>. Pagaremos dicho <i>tratamiento</i> como paciente <i>hospitalizado, externo o ambulatorio</i>.</p> <p>› <i>Pagaremos el tratamiento</i> de diálisis de riñón fuera del país de residencia habitual del <i>beneficiario</i> si el país donde se proporciona dicho <i>tratamiento</i> se encuentra dentro del <i>área de cobertura seleccionada</i> del <i>beneficiario</i>. <i>Pagaremos esto</i> como paciente <i>externo</i>. Los gastos de viaje y alojamiento contraídos en relación con dicho <i>tratamiento</i> no estarán cubiertos.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Patología, radiología y pruebas diagnósticas (excluidas las pruebas de imagen médica avanzada)	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› Cuando las investigaciones se realicen como paciente <i>hospitalizado</i> o <i>externo</i>.</p> <p>› <i>Pagaremos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas de sangre y orina, • radiografías, • ecografías, • electrocardiogramas (ECG) y • otras <i>pruebas diagnósticas</i> (excluyendo pruebas de imagen medica avanzada), <p>cuando sean <i>médicamente necesarias</i> y hayan sido recomendadas por un <i>especialista</i> como parte de la estancia en el <i>hospital del beneficiario</i> para recibir <i>tratamiento en régimen de hospitalización o externo</i>.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Pruebas de imagen médica avanzada (RMN, TC y TEP) Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	10.000 \$ 7.400 € 6.650 £	Pagado por completo
<p>› <i>Pagaremos</i> las pruebas siguientes si han sido recomendadas por un <i>especialista</i> como parte del <i>tratamiento en régimen de hospitalización, externo o ambulatorio</i> de un <i>beneficiario</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • resonancia magnética nuclear (RMN), • tomografía computerizada (TC) y/o • tomografía por emisión de positrones (TEP). <p>› <i>Es posible</i> que solicitemos la presentación de un informe médico antes de la realización de una resonancia magnética nuclear (RMN).</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Fisioterapia y terapias complementarias Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
<p>› Cuando el <i>tratamiento</i> se proporcione en régimen de <i>hospitalización</i> o <i>externo</i>.</p> <p>› <i>Pagaremos el tratamiento</i> provisto por fisioterapeutas y terapeutas complementarios (acupuntores, homeópatas y profesionales de la medicina china) si estas terapias han sido recomendadas por un <i>especialista</i> como parte de la estancia <i>hospitalaria del beneficiario</i> para recibir <i>tratamiento</i> como paciente <i>hospitalizado</i> o <i>externo</i> (pero que no sea el <i>tratamiento</i> primario para el que esté en el <i>hospital</i>).</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Atención domiciliaria Hasta 30 días y el importe máximo indicado por periodo de cobertura.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
<p>› <i>Pagaremos para que un beneficiario reciba hasta 30 días de atención domiciliaria por periodo de cobertura si:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ha sido recomendada por un <i>especialista</i> tras un <i>tratamiento en régimen de hospitalización o externo</i> que esté cubierto por esta <i>póliza</i>, • comienza inmediatamente después de que el <i>beneficiario</i> abandone el <i>hospital</i> y • reduce la cantidad de tiempo que necesite estar el <i>beneficiario</i> en el <i>hospital</i>. <p>Nota importante</p> <p>› <i>Solamente pagaremos la atención domiciliaria si es provista en el hogar del beneficiario por un enfermero titulado y comprende cuidados médicamente necesarios que normalmente se dispensarían en un hospital. No pagaremos la atención domiciliaria que provea únicamente asistencia personal o cuidados que no tengan carácter médico.</i></p>			

	Silver	Gold	Platinum
Rehabilitación Hasta 30 días y el importe máximo indicado por periodo de cobertura.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
<p>› <i>Pagaremos los tratamientos de rehabilitación (terapia física, ocupacional y del lenguaje) que hayan sido recomendados por un especialista y sean médicamente necesarios tras un acontecimiento traumático como un infarto cerebral o una lesión medular.</i></p> <p>› <i>Si se requiere que el tratamiento de rehabilitación tenga lugar en un centro de rehabilitación residencial, pagaremos el alojamiento y comidas durante un periodo máximo de 30 días por cada cuadro clínico separado que requiera tratamiento de rehabilitación.</i></p> <p>Para determinar cuándo se ha alcanzado el límite de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>contamos</i> cada noche de estancia en el hospital durante la cual el <i>beneficiario</i> reciba <i>tratamiento en régimen de hospitalización</i> como un día • <i>contamos</i> cada día en el que el <i>beneficiario</i> reciba <i>tratamiento externo y ambulatorio</i> como un día. <p>› <i>Con sujeción a la obtención previa de nuestra autorización y con anterioridad al inicio de cualquier tratamiento, pagaremos el tratamiento de rehabilitación durante más de 30 días si el tratamiento adicional es médicamente necesario y ha sido recomendado por el especialista que trate al paciente.</i></p> <p>Nota importante</p> <p>› <i>Pagaremos únicamente el tratamiento de rehabilitación si se necesita después o como resultado de un tratamiento que esté cubierto por esta póliza y comienza en un plazo de 30 días desde el fin de dicho tratamiento original.</i></p> <p>› <i>Todo tratamiento de rehabilitación deberá ser autorizado por nosotros por adelantado. Solamente aprobaremos el tratamiento de rehabilitación si el especialista a cargo del paciente nos proporciona un informe en el que se explique:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> cuánto tiempo necesitará permanecer el <i>beneficiario</i> en el <i>hospital</i>, el diagnóstico y el <i>tratamiento</i> que el <i>beneficiario</i> ha recibido o necesita recibir. 			

	Silver	Gold	Platinum
Cuidados paliativos Hasta el importe máximo indicado por vida.	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
<p>› <i>Si un beneficiario recibe un diagnóstico terminal y no hay ningún tratamiento disponible que sea eficaz para ayudar a su recuperación, pagaremos los cuidados hospitalarios o paliativos así como el alojamiento, servicios de enfermería, medicamentos recetados y cuidados físicos y psicológicos.</i></p>			

	Silver	Gold	Platinum
Dispositivos protésicos internos / aparatos quirúrgicos y médicos Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>➤ <i>Pagaremos</i> los aparatos, dispositivos o implantes protésicos internos que se incluyan durante una <i>intervención quirúrgica</i> como parte del <i>tratamiento de un beneficiario</i>.</p> <p>➤ <i>Dispositivo quirúrgico</i> o <i>aparato médico</i> puede significar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una extremidad artificial, prótesis o dispositivo que se requiera para o en relación con la <i>intervención quirúrgica</i>; o • una prótesis o dispositivo artificial que sea una parte necesaria del <i>tratamiento</i> inmediatamente después de la <i>intervención quirúrgica</i> durante el tiempo que sea <i>médicamente necesario</i>; o • una prótesis o dispositivo protésico que sea <i>médicamente necesario</i> y forme parte del proceso de recuperación <i>a corto plazo</i>. 			

	Silver	Gold	Platinum
Dispositivos protésicos externos / aparatos quirúrgicos y médicos Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	Por cada dispositivo protésico 3.100 \$ 2.400 € 2.000 £	Por cada dispositivo protésico 3.100 \$ 2.400 € 2.000 £	Por cada dispositivo protésico 3.100 \$ 2.400 € 2.000 £
<p>➤ <i>Pagaremos</i> las prótesis, aparatos o dispositivos externos que sean necesarios como parte del <i>tratamiento</i> de un <i>beneficiario</i> (con sujeción a las limitaciones que se explican seguidamente).</p> <p><i>Pagaremos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un aparato o dispositivo protésico que sea una parte necesaria del <i>tratamiento</i> inmediatamente después de una <i>intervención quirúrgica</i> durante el tiempo que sea <i>médicamente necesario</i>; • Un aparato o dispositivo protésico que sea <i>médicamente necesario</i> y forme parte del proceso de recuperación <i>a corto plazo</i>. <p>➤ <i>Pagaremos</i> un dispositivo protésico externo inicial para los <i>beneficiarios</i> de 18 años de edad o más por <i>periodo de cobertura</i>. No pagamos dispositivos protésicos de sustitución para los <i>beneficiarios</i> de 18 años o más.</p> <p>➤ <i>Pagaremos</i> un dispositivo protésico externo inicial y hasta dos repuestos para los <i>beneficiarios</i> de 17 años o menos por <i>periodo de cobertura</i>.</p> <p>➤ Por “dispositivo protésico” externo se entiende una parte del cuerpo artificial externa, como por ejemplo una extremidad protésica o una mano protésica que sea <i>médicamente necesaria</i> como parte del <i>tratamiento</i> inmediatamente después de la <i>intervención quirúrgica</i> del <i>beneficiario</i> o como parte del proceso de recuperación <i>a corto plazo</i>.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Servicio de ambulancia aérea y ambulancia local	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› Cuando sea <i>médicamente necesario</i>, <i>pagaremos</i> una ambulancia local para trasladar a un <i>beneficiario</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • desde el lugar del accidente o <i>lesión</i> hasta un <i>hospital</i>; • de un <i>hospital</i> a otro; o • desde su hogar hasta un <i>hospital</i>. <p>› <i>Pagaremos</i> únicamente una ambulancia terrestre local cuando su uso esté relacionado con un <i>tratamiento</i> que el <i>beneficiario</i> necesite recibir en un <i>hospital</i>. Cuando sea <i>médicamente necesario</i>, <i>pagaremos</i> una ambulancia aérea para trasladar al <i>beneficiario</i> desde el lugar del accidente o <i>lesión</i> hasta un <i>hospital</i> o de un <i>hospital</i> a otro.</p> <p>Notas importantes</p> <p>› La cobertura de ambulancia aérea está sujeta a las condiciones y limitaciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En algunas situaciones será imposible, inviable o razonablemente peligroso el uso de una ambulancia aérea. En estas situaciones <i>no</i> dispondremos ni <i>pagaremos</i> una ambulancia aérea. Esta <i>póliza</i> no garantiza que haya siempre una ambulancia aérea disponible cuando se solicite, incluso aunque sea médicamente apropiado. • <i>Pagaremos</i> solamente una ambulancia aérea local, como por ejemplo un helicóptero, para trasladar a un <i>beneficiario</i> a distancias de hasta 160 kilómetros (100 millas) y <i>únicamente</i> <i>pagaremos</i> una ambulancia aérea cuando su uso esté relacionado con un <i>tratamiento</i> que el <i>beneficiario</i> necesite recibir en un <i>hospital</i>. <p>› Esta <i>póliza</i> no proporciona cobertura para servicios de rescate de montaña.</p> <p>› La cobertura de evacuación médica o repatriación está disponible exclusivamente si tiene cobertura conforme a la opción de Evacuación médica internacional. Consulte la sección pertinente de esta <i>Guía del cliente</i> para obtener detalles sobre dicha opción.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Prestación en efectivo para hospitalización Por noche hasta 30 noches por <i>periodo de cobertura</i> .	100 \$ 75 € 65 £	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £
<p>› <i>Efectuaremos</i> un pago en efectivo directamente al <i>beneficiario</i> cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reciba un <i>tratamiento hospitalario</i> que esté cubierto por este plan; • pernocte en un <i>hospital</i>; y • no le hayan cobrado los costes de la habitación, las comidas y el <i>tratamiento</i>. 			

	Silver	Gold	Platinum
Tratamiento dental hospitalario de urgencia	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› <i>Cubriremos</i> el <i>tratamiento</i> dental <i>hospitalario</i> tras un accidente grave, con sujeción a las condiciones que se exponen a continuación.</p> <p>› <i>Pagaremos</i> el <i>tratamiento</i> dental de urgencia que requiera un <i>beneficiario</i> mientras esté <i>hospitalizado</i>, si dicho <i>tratamiento</i> dental <i>hospitalario</i> de urgencia ha sido recomendado por el <i>médico</i> que trate al paciente a causa de una <i>urgencia dental</i> (pero no es el <i>tratamiento</i> primario para el que el <i>beneficiario</i> está en el <i>hospital</i>).</p> <p>› Esta <i>prestación</i> se paga en lugar de cualesquiera otras <i>prestaciones</i> dentales a las que pueda tener derecho el <i>beneficiario</i> en estas circunstancias.</p>			

Tratamiento de trastornos y enfermedades mentales y tratamiento de las adicciones

Hasta la cantidad máxima indicada por periodo de cobertura.

Silver

5.000 \$
3.700 €
3.325 £

Gold

10.000 \$
7.400 €
6.650 £

Platinum

Pagado por completo

- › Con sujeción a los límites que se explican a continuación, *pagaremos*:
 - el *tratamiento* de trastornos y enfermedades mentales y
 - el diagnóstico de adicciones (incluyendo el alcoholismo).

Tratamiento de las adicciones

- › *Pagaremos* un curso o programa de *tratamiento* de las adicciones en un centro especializado que proporcione *tratamiento basado en pruebas*, si dicho tratamiento es *médicamente necesario* y ha sido recomendado por un *médico*.
- › *Pagamos* hasta tres intentos de *desintoxicación*, tras lo cual *solamente* *pagaremos* un tratamiento adicional de *desintoxicación* si el *beneficiario* realiza un curso o programa formal *ambulatorio* de tratamiento de adicciones.
- › *No* *pagaremos* ningún otro *tratamiento* relacionado con el alcoholismo o la adicción, ni ningún otro *tratamiento* de enfermedades relacionadas (como la depresión, demencia o fallo hepático), cuando *creamos* razonablemente que la enfermedad que requiere *tratamiento* fue resultado directo del alcoholismo o adicción.

Notas importantes

- › Para el *tratamiento* de trastornos y enfermedades mentales y el *tratamiento* de las adicciones, *pagaremos* solamente el *tratamiento basado en pruebas*, *médicamente necesario* y recomendado por un *médico*.
- › *Pagaremos* hasta un total máximo combinado de 90 días de *tratamiento* para trastornos y enfermedades mentales y *tratamiento* de las adicciones en un *periodo de cobertura*, incluyendo hasta 30 días de *tratamiento en régimen de hospitalización*.
- › *Pagaremos* hasta un total máximo combinado de 180 días de *tratamiento* para trastornos y enfermedades mentales y *tratamiento* de las adicciones en un periodo de cinco años. Por ejemplo, si un *beneficiario* utiliza 90 días de *tratamiento* de una enfermedad mental o adicción en un periodo de cobertura y 90 días de *tratamiento* de una enfermedad mental o adicción en el *periodo de cobertura* siguiente, *no* *pagaremos* ningún *tratamiento* adicional de una enfermedad mental o adicción durante los siguientes tres años consecutivos de cobertura.
- › Para determinar cuándo se han alcanzado estos límites de 30, 90 y 180 días:
 - *contamos* cada noche de estancia en el hospital durante la cual el *beneficiario* reciba el *tratamiento* en *régimen de hospitalización* como un día; y
 - *contamos* cada día en el que el *beneficiario* reciba *tratamiento externo* y *ambulatorio* como un día.
- › *No* *pagaremos* los fármacos con prescripción o los medicamentos prescritos de forma *ambulatoria* para ninguno de estos cuadros clínicos, a menos que haya adquirido la opción de Asistencia ambulatoria internacional.
- › Con sujeción a acuerdo previo y siempre y cuando el *médico* se encuentre dentro de su *área de cobertura seleccionada*, *podemos* pagar las consultas que tengan lugar por medios electrónicos o por vía telefónica.

Atención oncológica

Silver

Pagado por completo

Gold

Pagado por completo

Platinum

Pagado por completo

- › Después de recibir un diagnóstico de *cáncer*, *pagaremos* los costes del *tratamiento* del *cáncer* si *consideramos* que el *tratamiento* es un *tratamiento activo* y un *tratamiento basado en pruebas*. Esto incluye la quimioterapia, radioterapia, oncología, *pruebas diagnósticas* y fármacos, tanto si el *beneficiario* pernocta en un *hospital* como si recibe *tratamiento* como *paciente externo* o *ambulatorio*.

- › *No* *pagamos* la detección genética del *cáncer*.

ATENCIÓN A LOS PADRES Y AL BEBÉ

Cuidados rutinarios de la <i>prestación de maternidad</i> (<i>exclusivamente planes Gold y Platinum</i>) Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> . Disponible una vez que la madre haya tenido cobertura conforme a la <i>póliza</i> durante doce (12) meses o más.	Silver	Gold	Platinum
	No cubierto	7.000 \$ 5.500 € 4.500 £	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £
<ul style="list-style-type: none"> › <i>Pagaremos el tratamiento</i> y los cuidados siguientes a los padres y al bebé, en régimen de <i>hospitalización o externo</i> según proceda, si la madre ha sido <i>beneficiaria</i> de esta <i>póliza</i> durante un periodo continuo de al menos doce (12) meses o más: <ul style="list-style-type: none"> • <i>honorarios de hospital</i>, tocólogos y comadronas en partos rutinarios; y • los honorarios resultantes de los cuidados posnatales requeridos por la madre inmediatamente después de un parto rutinario. › <i>No pagaremos la gestación por sustitución ni ningún tratamiento relacionado</i>. <i>No pagaremos el tratamiento ni los cuidados de la prestación por maternidad a una beneficiaria que actúe como madre de alquiler ni a ninguna persona que actúe como madre de alquiler para un beneficiario.</i> 			

Complicaciones derivadas de la <i>maternidad</i> (<i>planes Gold y Platinum solamente</i>) Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> . Disponible una vez que la madre haya tenido cobertura conforme a la <i>póliza</i> durante doce (12) meses o más.	Silver	Gold	Platinum
	No cubierto	14.000 \$ 11.000 € 9.000 £	28.000 \$ 22.000 € 18.000 £
<ul style="list-style-type: none"> › <i>Pagaremos el tratamiento</i> en régimen de <i>hospitalización o ambulatorio</i> relacionado con complicaciones derivadas del embarazo o el parto si la madre ha sido <i>beneficiaria</i> con arreglo a esta <i>póliza</i> durante un periodo continuado de al menos doce (12) meses o más. Esto está limitado a los cuadros clínicos que puedan derivarse únicamente como resultado directo del embarazo o el parto, incluyendo el aborto y el embarazo ectópico. › Esta parte de la <i>póliza</i> no proporciona cobertura para los partos en el hogar. › <i>Pagaremos una cesárea únicamente cuando sea médicamente necesaria</i>. Si <i>no</i> podemos confirmar que era <i>médicamente necesaria</i>, <i>pagaremos</i> exclusivamente hasta el límite de la cobertura de cuidados rutinarios de la <i>prestación por maternidad</i> de la madre. › <i>No pagaremos la gestación por sustitución ni ningún tratamiento relacionado</i>. <i>No pagaremos el tratamiento ni los cuidados de la prestación por maternidad a una beneficiaria que actúe como madre de alquiler ni a ninguna persona que actúe como madre de alquiler para un beneficiario.</i> 			

<i>Partos en casa (solo en los planes Gold y Platinum)</i> Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> . Disponible una vez que la madre haya tenido cobertura conforme a la <i>póliza</i> durante doce (12) meses o más.	Silver	Gold	Platinum
	No cubierto	500 \$ 370 € 335 £	1.100 \$ 850 € 700 £
<ul style="list-style-type: none"> › <i>Pagaremos los honorarios de comadronas y especialistas</i> relacionados con los partos en casa rutinarios si la madre ha sido <i>beneficiaria</i> con arreglo a esta <i>póliza</i> durante un periodo continuado de doce (12) meses o más. › Obsérvese que la cobertura de <i>Complicaciones derivadas de la maternidad</i> explicada anteriormente no incluye cobertura para el parto en casa. Esto significa que los gastos relativos a complicaciones que surjan en relación con el parto en casa se abonarán únicamente según los límites establecidos para el parto en casa, según se explica en la <i>lista de prestaciones</i>. 			

Atención para recién nacidos

Hasta el importe máximo que se indica para el *tratamiento* en los 90 primeros días después del parto. Disponible una vez que al menos uno de los padres haya tenido cobertura conforme a la *póliza* durante 12 meses o más.

Silver

25.000 \$
18.500 €
16.500 £

Gold

75.000 \$
55.500 €
48.000 £

Platinum

156.000 \$
122.000 €
100.000 £

- ▶ Siempre y cuando se incorpore al recién nacido a la *póliza*, *pagaremos*:
 - hasta 10 días de cuidados rutinarios para el bebé después del parto; y
 - todo *tratamiento* requerido para el bebé durante los 90 primeros días después del parto en lugar de cualquier otra *prestación*, si al menos uno de los padres ha estado cubierto por la *póliza* durante un periodo continuado de 12 meses o más antes del alumbramiento del recién nacido.

No necesitaremos información sobre la salud del recién nacido ni un examen médico si *recibimos* una *solicitud* para incorporar al recién nacido a la *póliza* en el plazo de los 30 días siguientes a la fecha de nacimiento del recién nacido. Si se recibe la *solicitud* después de 30 días desde la fecha de nacimiento del recién nacido, este deberá someterse a una evaluación de riesgos médicos y *exigiremos* la cumplimentación de un cuestionario médico de salud conforme al cual *podemos* aplicar exclusiones o limitaciones especiales.

- ▶ *Pagaremos*:
 - hasta 10 días de cuidados rutinarios para el bebé después del parto; y
 - todo *tratamiento* requerido por el bebé durante los 90 primeros días desde su nacimiento en lugar de cualquier otra *prestación*, si ninguno de los padres ha tenido cobertura conforme a la *póliza* durante un periodo continuado de 12 meses o más antes del nacimiento del recién nacido y *recibimos* una *solicitud* para incorporar al recién nacido a la *póliza* como *beneficiario*. El recién nacido deberá someterse a una evaluación de riesgos médicos y *exigiremos* la cumplimentación de un cuestionario médico de salud. La cobertura del recién nacido estará sujeta a una evaluación de riesgos médicos conforme a la cual *podemos* aplicar exclusiones o limitaciones especiales.
- ▶ Las prestaciones de cuidados para el recién nacido descritas anteriormente no están disponibles para los niños nacidos después de someterse a un tratamiento de fertilidad (como la fecundación in vitro), los nacidos de madres de alquiler o los adoptados. En estas circunstancias los niños solo podrán quedar cubiertos por la *póliza* cuando tengan 90 días. La cobertura del bebé estará sujeta a la cumplimentación de un cuestionario médico de salud conforme al cual *podemos* aplicar exclusiones o limitaciones especiales.

Afecciones congénitas

Hasta la cantidad máxima indicada por *periodo de cobertura*.

Silver

5.000 \$
3.700 €
3.325 £

Gold

20.000 \$
14.800 €
13.300 £

Platinum

39.000 \$
30.500 €
25.000 £

- ▶ *Pagaremos* el *tratamiento* en régimen de *hospitalización* o *externo* de enfermedades congénitas que se manifiesten antes del 18º cumpleaños, si:
 - por lo menos uno de los padres ha tenido cobertura conforme a la *póliza* durante un periodo continuado de 12 meses o más antes del nacimiento del recién nacido y se incorpora al recién nacido a la *póliza* en un plazo de 30 días desde su nacimiento.
 - no eran evidentes en el momento de la activación de la *póliza*.

SUS OPCIONES DE FRANQUICIA Y PARTICIPACIÓN EN LOS COSTES

Franquicia (varios)

La *franquicia* es la cantidad que *usted* debe pagar antes de que cualquier *solicitud* de reembolso quede cubierta por *su plan*.

0 \$/375 \$/750 \$/1.500 \$/3.000 \$/7.500 \$/10.000 \$
0 €/275 €/550 €/1.100 €/2.200 €/5.500 €/7.400 €
0 £/250 £/500 £/1.000 £/2.000 £/5.000 £/6.650 £

Participación en los costes tras la franquicia y el desembolso máximo

La *participación en los costes* es el porcentaje de cada *solicitud* de reembolso no cubierto por *su plan*.

El *desembolso máximo* es la cantidad máxima de la *participación en los costes* que *usted* tendría que pagar en un *periodo de cobertura*.

El importe de la *participación en los costes* se calcula después de tener en cuenta la *franquicia*. Solo las cantidades que *usted* paga relacionadas con la *participación en los costes* contribuyen al *desembolso máximo*.

En primer lugar, escoja su porcentaje de *participación en los costes*:

0 %/10 %/20 %/30 %

A continuación, escoja su *desembolso máximo*:

2.000 \$ o 5.000 \$
1.480 € o 3.700 €
1.330 £ o 3.325 £

LAS PÁGINAS SIGUIENTES DETALLAN LAS PRESTACIONES OPCIONALES QUE PUEDE AÑADIR A LA COBERTURA PRINCIPAL DE SU **SEGURO MÉDICO INTERNACIONAL**.



CONSULTE SU CERTIFICADO DE SEGURO PARA RECORDAR EXACTAMENTE DE QUÉ COBERTURA DISPONE.



ASISTENCIA AMBULATORIA INTERNACIONAL

La Asistencia ambulatoria internacional le cubre de forma más completa en la asistencia *ambulatoria* y en las urgencias médicas que pueden surgir cuando no se requiera ingreso en un *hospital* como *paciente externo* u *hospitalizado*. Además incluye las consultas con *especialistas* y *médicos generales*, fármacos y vendajes para asistencia *ambulatoria* con receta, asistencia *ambulatoria* prenatal y posnatal, fisioterapia, osteopatía, quiropraxia y mucho más.

SU LÍMITE GENERAL

	Silver	Gold	Platinum
<p><i>Prestación anual, máximo por beneficiario durante cada periodo de cobertura</i></p> <p>Esto incluye las solicitudes de reembolso pagadas en todas las secciones de la asistencia ambulatoria internacional.</p>	<p>10.000 \$</p> <p>7.400 €</p> <p>6.650 £</p>	<p>25.000 \$</p> <p>18.500 €</p> <p>16.625 £</p>	<p>Ilimitado</p>

SUS PRESTACIONES MÉDICAS ESTÁNDAR

	Silver	Gold	Platinum
<p><i>Consultas con médicos generales y con especialistas</i></p> <p>Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i>.</p>	<p>125 \$/90 €/80 £</p> <p>límite por visita.</p> <p>Hasta 15 visitas por año.</p>	<p>250 \$/185 €/165 £</p> <p>límite por visita.</p> <p>Hasta 30 visitas por año.</p>	<p>Pagado por completo</p>
<p>› <i>Pagaremos</i> las consultas o visitas a un <i>médico</i> que sean necesarias para diagnosticar una enfermedad o para ordenar o recibir un <i>tratamiento</i> hasta el número máximo de visitas que figura en la tabla de <i>prestaciones</i>.</p> <p>› <i>Pagaremos</i> el <i>tratamiento</i> no quirúrgico <i>ambulatorio</i> recomendado por un <i>especialista</i> como <i>médicamente necesario</i>.</p> <p>› Con sujeción a acuerdo previo y siempre y cuando el <i>médico</i> se encuentre dentro de <i>su área de cobertura seleccionada</i>, podemos pagar las consultas que tengan lugar por medios electrónicos o por vía telefónica.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p><i>Cuidados prenatales y posnatales (exclusivamente planes Gold y Platinum)</i></p> <p>Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i>. Disponible una vez que la madre haya tenido cobertura conforme a esta opción durante doce (12) meses o más.</p>	<p>No cubierto</p>	<p>3.500 \$</p> <p>2.750 €</p> <p>2.250 £</p>	<p>7.000 \$</p> <p>5.500 €</p> <p>4.500 £</p>
<p>› <i>Pagaremos</i> los cuidados prenatales y posnatales <i>ambulatorios médicamente necesarios</i> si la madre ha sido <i>beneficiaria</i> conforme a la <i>prestación</i> opcional de Asistencia ambulatoria internacional durante un periodo continuado de al menos 12 meses o más.</p> <p>Entre los ejemplos de dicho <i>tratamiento</i> y pruebas se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • honorarios habituales de tocólogos y comadronas; • todos los reconocimientos y ecografías programados; • vendajes, fármacos y medicamentos recetados; • análisis de sangre prenatales rutinarios, si fueran necesarios; • amniocentesis (denominada también la prueba del líquido amniótico o PLA) o muestra de vellosidades coriónicas (denominada también MVC); • pruebas prenatales no invasivas (PPNI) para personas de alto riesgo; y • los gastos resultantes de los cuidados posnatales requeridos por la madre inmediatamente después de un parto rutinario. 			

Patología, radiología y pruebas diagnósticas (excluidas las pruebas de imagen médica avanzada)
Hasta el importe máximo indicado por *periodo de cobertura*.

Silver

2.500 \$
1.850 €
1.650 £

Gold

5.000 \$
3.700 €
3.325 £

Platinum

Pagado por completo

- *Pagaremos* las pruebas siguientes cuando sean *médicamente necesarias* y hayan sido recomendadas por un *especialista* como parte del *tratamiento ambulatorio* de un *beneficiario*:
 - pruebas de sangre y orina,
 - radiografías,
 - ecografías,
 - electrocardiogramas (ECG) y
 - otras *pruebas diagnósticas* (excluyendo las pruebas de imagen médica avanzada).

Tratamiento de fisioterapia

Hasta la cantidad máxima indicada por *periodo de cobertura*.

Silver

2.500 \$
1.850 €
1.650 £

Gold

5.000 \$
3.700 €
3.325 £

Platinum

Pagado por completo

- *Pagaremos* el *tratamiento ambulatorio* de fisioterapia que sea *médicamente necesario* y de carácter restaurativo para *ayudarle* a realizar *sus* actividades normales de la vida diaria. El *tratamiento* debe ser provisto por un profesional debidamente cualificado que tenga la licencia apropiada para ejercer en el país donde se reciba el *tratamiento*. Esto excluye cualquier *tratamiento* de medicina deportiva.
- *Exigiremos* un informe médico y un plan de *tratamiento* previamente a la aprobación.

Osteopatía y tratamiento quiropráctico

Hasta la cantidad máxima indicada por *periodo de cobertura*.

Silver

Pagado por completo hasta 15 visitas

Gold

Pagado por completo hasta 15 visitas

Platinum

Pagado por completo hasta 30 visitas

- *Pagaremos* hasta un total máximo combinado de visitas en un *periodo de cobertura* para recibir *tratamiento* de osteopatía y quiropráctico que sea *tratamiento basado en pruebas, médicamente necesario* y recomendado por el *especialista que trate al paciente*, si un *médico* recomienda el *tratamiento* y deriva al paciente para que lo reciba. El *tratamiento* debe ser provisto por un profesional debidamente cualificado que tenga la licencia apropiada para ejercer en el país donde se reciba el *tratamiento*. *Exigiremos* un informe médico y un plan de *tratamiento* previamente a la aprobación. Esto excluye cualquier *tratamiento* de medicina deportiva.

Acupuntura, homeopatía y medicina china

Hasta un máximo combinado de 15 visitas por *periodo de cobertura*.

Silver

Pagado por completo

Gold

Pagado por completo

Platinum

Pagado por completo

- *Pagaremos* un total máximo combinado de 15 consultas con acuputores, homeópatas y profesionales de la medicina china para cada *beneficiario* en un *periodo de cobertura*, si tales *tratamientos* son recomendados por un *médico*. El *tratamiento* debe ser provisto por un profesional debidamente cualificado que tenga la licencia apropiada para ejercer en el país donde se reciba el *tratamiento*.

	Silver	Gold	Platinum
Logopedia restaurativa Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.000 \$ 3.700 € 3.325 £	Pagado por completo
<p>› <i>Pagaremos</i> la logopedia restaurativa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se requiere inmediatamente después de un <i>tratamiento</i> que esté cubierto por esta <i>póliza</i> (por ejemplo, como parte de los cuidados de seguimiento del <i>beneficiario</i> tras haber sufrido un infarto cerebral); • un <i>especialista</i> confirma que es <i>médicamente necesario</i> a <i>corto</i> plazo. <p>Notas importantes</p> <p>› <i>Solamente</i> pagaremos la logopedia si su objetivo es restaurar la función disminuida del habla.</p> <p>› <i>No</i> pagaremos una logopedia que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tenga como objetivo mejorar destrezas del lenguaje no desarrolladas completamente; • sea de carácter educativo; • esté destinada a mantener la comunicación oral; • esté orientada a mejorar trastornos del habla o del lenguaje (como el balbuceo); o que • sea resultado de dificultades del aprendizaje, problemas del desarrollo (como la dislexia), un trastorno por déficit de atención e hiperactividad o autismo. 			

	Silver	Gold	Platinum
Vendajes y fármacos con prescripción Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	500 \$ 370 € 330 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £	Pagado por completo
<p>› <i>Pagaremos</i> los vendajes y fármacos con prescripción que sean prescritos por un <i>médico</i> en régimen <i>ambulatorio</i>.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Alquiler de equipamiento médico duradero Hasta un máximo de 45 días en el <i>periodo de cobertura</i> .	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› <i>Pagaremos</i> el alquiler de equipamiento médico duradero durante hasta 45 días por <i>periodo de cobertura</i>, si el uso de dicho equipo es recomendado por un <i>especialista</i> como apoyo al <i>tratamiento</i> del <i>beneficiario</i>.</p> <p>› <i>Solamente</i> pagaremos el alquiler de equipamiento médico duradero que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • no sea desechable y pueda ser utilizado más de una vez; • tenga un fin médico; • sea apto para su uso en el hogar; y • sea solo de un tipo utilizado normalmente por una persona que sufra los efectos de una enfermedad, dolencia o <i>lesión</i>. 			

	Silver	Gold	Platinum
Vacunas en adultos Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	250 \$ 185 € 165 £	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› <i>Pagaremos</i> determinadas vacunas e inmunizaciones que sean clínicamente apropiadas, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gripe, • tétanos (una vez cada 10 años), • hepatitis A, • hepatitis B, • meningitis, • rabia, • cólera, • fiebre amarilla, • encefalitis japonesa, • dosis de refuerzo contra la polio, • fiebre tifoidea y • malaria (en comprimido, diaria o semanalmente). 			

	Silver	Gold	Platinum
Accidentes dentales Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	1.000 \$ 740 € 665 £	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si un <i>beneficiario</i> precisa <i>tratamiento dental</i> como resultado de lesiones que haya sufrido en un accidente, <i>pagaremos el tratamiento dental ambulatorio</i> para todo <i>diente natural sano</i> dañado o afectado por el accidente, siempre y cuando el <i>tratamiento</i> comience inmediatamente después del accidente y finalice en un plazo de 30 días desde la fecha del accidente. ➤ Para aprobar este <i>tratamiento</i>, <i>solicitaremos</i> la confirmación del <i>dentista</i> que trate al <i>beneficiario</i> sobre: <ul style="list-style-type: none"> • la fecha del accidente y • el hecho de que el diente o los dientes que sean el objeto del <i>tratamiento</i> propuesto son <i>dientes naturales sanos</i>. ➤ <i>Pagaremos</i> este <i>tratamiento</i> en lugar de cualquier otro <i>tratamiento dental</i> al que pueda tener derecho el <i>beneficiario</i> en virtud de esta <i>póliza</i>, cuando necesite <i>tratamiento</i> tras sufrir daños accidentales en uno o varios dientes. ➤ <i>No</i> <i>pagaremos</i> la reparación o provisión de implantes dentales, coronas o dentaduras postizas conforme a esta parte de la presente <i>póliza</i>. 			

	Silver	Gold	Platinum
Revisiones pediátricas	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Pagaderas</i> para niños en los <i>intervalos de edad adecuados</i> hasta los seis años. ➤ <i>Pagaremos</i> las revisiones pediátricas en cualquiera de los <i>intervalos de edad adecuados</i> (nacimiento, dos meses, cuatro meses, seis meses, nueve meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, dos años, tres años, cuatro años, cinco años y seis años), así como los servicios de un <i>médico</i> para ofrecer cuidados preventivos consistentes en: <ul style="list-style-type: none"> • evaluación del historial médico, • reconocimientos físicos, • valoración del desarrollo, • orientación preventiva y • vacunas y pruebas de laboratorio apropiadas para los niños de hasta seis años de edad, inclusive. <p><i>Pagaremos</i> una visita a un <i>médico</i> en cada uno de los <i>intervalos de edad adecuados</i> (hasta un total de 13 visitas por cada niño) para recibir servicios de cuidados preventivos.</p> ➤ Además, <i>pagaremos</i>: <ul style="list-style-type: none"> • un chequeo médico al comenzar la escolarización para evaluar el crecimiento, la audición y la visión, para cada niño de hasta seis años de edad, inclusive. • la detección sistemática de la retinopatía diabética para niños de más de 12 años con diabetes. 			

	Silver	Gold	Platinum		
Inmunizaciones infantiles	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Pagaremos</i> las vacunas siguientes para los niños de hasta 17 años de edad, inclusive: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • DTP (difteria, tétanos y pertusis), • RSP (rubeola, sarampión y paperas), • HiB (Haemophilus influenza tipo b), • polio, </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> <ul style="list-style-type: none"> • gripe, • hepatitis B, • meningitis y • virus del papiloma humano (VPH). </td> </tr> </table> 				<ul style="list-style-type: none"> • DTP (difteria, tétanos y pertusis), • RSP (rubeola, sarampión y paperas), • HiB (Haemophilus influenza tipo b), • polio, 	<ul style="list-style-type: none"> • gripe, • hepatitis B, • meningitis y • virus del papiloma humano (VPH).
<ul style="list-style-type: none"> • DTP (difteria, tétanos y pertusis), • RSP (rubeola, sarampión y paperas), • HiB (Haemophilus influenza tipo b), • polio, 	<ul style="list-style-type: none"> • gripe, • hepatitis B, • meningitis y • virus del papiloma humano (VPH). 				

	Silver	Gold	Platinum
Pruebas rutinarias anuales	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› <i>Pagaremos</i> las pruebas rutinarias siguientes para los niños de hasta 15 años de edad, inclusive:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un examen ocular y • un examen de audición. 			

	Silver	Gold	Platinum
Cuidado 60+ años (<i>exclusivamente planes Gold y Platinum</i>) Hasta la cantidad máxima mostrada por <i>periodo de cobertura</i> .	No cubierto	1.000 \$ 740 € 665 £	2.000 \$ 1.480 € 1.330 £
<p>› Si un <i>beneficiario</i> tiene 60 años o más, o va a cumplir 60 años en el <i>periodo de cobertura</i>, y ha declarado uno de los siguientes problemas en su cuestionario médico, <i>pagaremos el tratamiento ambulatorio que resulte médicamente necesario</i> en relación con el tratamiento de su enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artritis, dolor en las articulaciones o en la espalda • Diabetes tipo 2 • Glaucoma • Hipertensión • Osteoporosis / Osteopenia <p>Notas importantes:</p> <p>› Si durante el periodo de aplicación ha seleccionado la opción de padecer una de las anteriores enfermedades cubiertas con una prima adicional, ya sea que la enfermedad esté cubierta íntegramente de forma <i>ambulatoria</i> u <i>hospitalaria</i> (si la opción ambulatoria internacional ha sido seleccionada), este beneficio no será aplicable.</p> <p>› Algunos ejemplos de <i>tratamientos médicamente necesarios</i> y pruebas son: consultas con médicos y especialistas; patología y radiología; fisioterapia; medicamentos y vendajes prescritos, osteopatía y quiropractia, y acupuntura, homeopatía y medicina china. Tenga en cuenta que este <i>beneficio</i> excluye la Imagenología Médica Avanzada.</p> <p>› Tiene derecho a recibir tratamiento por las enfermedades cubiertas (pero no enfermedades, síntomas o complicaciones derivadas de esas enfermedades) de forma <i>ambulatoria</i>, hasta el importe máximo mostrado por <i>periodo de cobertura</i>.</p> <p>› El <i>beneficio</i> está sujeto a cualquier <i>deducible</i> o <i>reparto de costes</i> elegido en su <i>póliza</i>.</p>			

SUS OPCIONES DE FRANQUICIA Y PARTICIPACIÓN EN LOS COSTES

<p>Franquicia (varios) La <i>franquicia</i> es la cantidad que <i>usted</i> debe pagar antes de que cualquier solicitud de reembolso quede cubierta por <i>su</i> plan.</p>	<p>0 \$/150 \$/500 \$/1.000 \$/1.500 \$ 0 €/110 €/370 €/700 €/1.100 € 0 £/100 £/335 £/600 £/1.000 £</p>
<p>Participación en los costes tras la franquicia y el desembolso máximo La <i>participación en los costes</i> es el porcentaje de cada solicitud de reembolso no cubierto por <i>su</i> plan.</p> <p>El <i>desembolso máximo</i> es la cantidad máxima de la <i>participación en los costes</i> que <i>usted</i> tendría que pagar en un <i>periodo de cobertura</i>.</p> <p>El importe de la <i>participación en los costes</i> se calcula después de tener en cuenta la <i>franquicia</i>. Solo las cantidades que <i>usted</i> paga relacionadas con la <i>participación en los costes</i> contribuyen al <i>desembolso máximo</i>.</p>	<p>En primer lugar, escoja <i>su</i> porcentaje de <i>participación en los costes</i>:</p> <p>0 %/10 %/20 %/30 %</p> <p><i>Su desembolso máximo es:</i></p> <p>3.000 \$ 2.200 € 2.000 £</p>

EVACUACIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

La evacuación médica internacional cubre los costes razonables de transporte al centro de excelencia médica más cercano si el *tratamiento* no está disponible a nivel local en caso de urgencia. Esta opción también incluye cobertura de repatriación, lo que permite al *beneficiario* volver a su *país de residencia habitual* o a su *país de origen* para recibir el tratamiento en una ubicación familiar. Incluye asimismo visitas solidarias para que uno de los padres, el/la *cónyuge*, compañero/a, hermano/a o hijo/a visite a un *beneficiario* después de un accidente o enfermedad repentina y de que el *beneficiario* no haya sido evacuado o repatriado.

SU LÍMITE GENERAL

Prestación anual: máximo por beneficiario durante cada periodo de cobertura	Silver	Gold	Platinum
	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo

SUS PRESTACIONES MÉDICAS ESTÁNDAR

	Silver	Gold	Platinum
Evacuación médica	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Traslado al centro de excelencia médica más cercano si el <i>tratamiento</i> que necesita el <i>beneficiario</i> no está disponible a nivel local en caso de urgencia. › Si un <i>beneficiario</i> requiere <i>tratamiento</i> de <i>urgencia</i>, <i>pagaremos</i> la evacuación médica para que: <ul style="list-style-type: none"> • sea trasladado al <i>hospital</i> más cercano donde esté disponible el <i>tratamiento</i> necesario (incluso aunque esté en otra parte del país, o en otro país); y • para regresar al lugar desde el que fue trasladado, siempre y cuando el viaje de regreso tenga lugar no más de 14 días después de la conclusión del <i>tratamiento</i>. › Por lo que respecta al viaje de regreso, <i>pagaremos</i>: <ul style="list-style-type: none"> • el precio de un pasaje de avión en clase turista o • el coste razonable del viaje por tierra o por mar, el que fuera inferior. › <i>Solamente</i> <i>pagaremos</i> tarifas de taxi si: <ul style="list-style-type: none"> • es médicamente preferible que el <i>beneficiario</i> viaje al aeropuerto en taxi, en lugar de hacerlo en ambulancia; y • se obtiene previamente la aprobación del <i>servicio de asistencia médica</i>. › <i>Pagaremos</i> la evacuación (aunque no la repatriación) en el caso de que el <i>beneficiario</i> precise <i>pruebas diagnósticas</i> o <i>tratamiento</i> para el <i>cáncer</i> (como por ejemplo quimioterapia) si, en opinión de nuestro <i>servicio de asistencia médica</i>, la evacuación es apropiada y <i>médicamente necesaria</i> en las circunstancias dadas. › <i>No</i> <i>pagaremos</i> ningún otro gasto relacionado con la evacuación (como, por ejemplo, gastos de alojamiento). <p>Nota importante</p> <ul style="list-style-type: none"> › Si necesita <i>usted</i> regresar al <i>hospital</i> desde el que fue <i>evacuado</i> para recibir un <i>tratamiento</i> de seguimiento, <i>no</i> <i>pagaremos</i> gastos de viaje ni dietas. 			

	Silver	Gold	Platinum
Repatriación médica	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Si un <i>beneficiario</i> precisa la repatriación médica, <i>pagaremos</i>: <ul style="list-style-type: none"> • su regreso a su <i>país de residencia habitual o país de origen</i>; y • su regreso al lugar desde el que fue trasladado, siempre y cuando el viaje de regreso tenga lugar no más de 14 días después de la conclusión del <i>tratamiento</i>. › El viaje anteriormente mencionado debe ser aprobado previamente por nuestro <i>servicio de asistencia médica</i> y para evitar dudas se requiere que todos los gastos de transportación sean razonables y normales. › Por lo que respecta al viaje de regreso, <i>pagaremos</i>: <ul style="list-style-type: none"> • el precio de un pasaje de avión en clase turista o • el coste razonable del viaje por tierra o por mar, el que fuera inferior. › <i>Solamente</i> pagaremos tarifas de taxi si: <ul style="list-style-type: none"> • es médicamente preferible que el <i>beneficiario</i> viaje al aeropuerto en taxi, en lugar de hacerlo en ambulancia; y • se obtiene previamente la aprobación del <i>servicio de asistencia médica</i>. › <i>No</i> pagaremos ningún otro gasto relacionado con la repatriación (como por ejemplo gastos de alojamiento). <p>Notas importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> › Si necesita regresar al <i>hospital</i> desde el que fue <i>repatriado</i> para recibir un <i>tratamiento</i> de seguimiento, <i>no</i> pagaremos gastos de viaje ni dietas. › Si un <i>beneficiario</i> contacta con el <i>servicio de asistencia médica</i> para solicitar el acuerdo previo para la repatriación, pero el <i>servicio de asistencia médica</i> no considera que la repatriación sea médicamente apropiada, <i>podemos</i> disponer en su lugar que el <i>beneficiario</i> sea evacuado al <i>hospital</i> más cercano donde esté disponible el <i>tratamiento</i> necesario. <i>Repatriaremos</i> posteriormente al <i>beneficiario</i> a su <i>país de origen</i> o <i>país de residencia habitual</i> especificado cuando su estado sea estable y sea médicamente apropiado hacerlo. 			

	Silver	Gold	Platinum
Repatriación de restos mortales	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › Si un <i>beneficiario</i> fallece fuera de su <i>país de residencia habitual</i> durante el <i>periodo de cobertura</i>, el <i>servicio de asistencia médica</i> dispondrá que sus restos mortales sean devueltos a su <i>país de residencia habitual</i> o <i>país de origen</i> tan pronto como sea razonablemente posible, con sujeción a los requisitos y limitaciones de las líneas aéreas. › <i>No</i> pagaremos ningún gasto relacionado con el enterramiento o cremación ni con los gastos de transportación para que una persona recoja o acompañe a los restos mortales del <i>beneficiario</i>. 			

Costes de desplazamiento de la persona acompañante	Silver	Gold	Platinum
	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› Si un <i>beneficiario</i> necesita que uno de los padres, un hermano/a, hijo/a, <i>cónyuge</i> o compañero/a viaje con él en su viaje de evacuación médica o repatriación, debido a que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • precisa ayuda para subir o bajar del avión u otro vehículo, • va a viajar 1.600 km (1.000 millas) o más, • experimenta una angustia o ansiedad grave, y no está acompañado por una enfermera, paramédico u otro acompañante médico, o • tiene una lesión o enfermedad muy grave, <p><i>pagaremos</i> para que un pariente o pareja lo acompañe. Los viajes (para evitar dudas, significa un viaje de ida y un viaje de vuelta) deberán ser aprobados previamente por el <i>servicio de asistencia médica</i> y el viaje de regreso deberá tener lugar no más de 14 días después de la conclusión del <i>tratamiento</i>.</p> <p>› <i>Pagaremos</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el precio de un pasaje de avión en clase turista o • los costes razonables del viaje por tierra o por mar, el que sea inferior. <p>Si procede, considerando las necesidades médicas del <i>beneficiario</i>, el familiar o compañero que le acompañe puede viajar en una clase diferente.</p> <p>Si es <i>médicamente necesario</i> que un <i>beneficiario</i> sea evacuado o repatriado y va a ser acompañado por <i>sucónyuge</i> o pareja, <i>pagaremos</i> también los gastos de viaje razonables de cualquier hijo/a de hasta 17 años de edad, inclusive, si de lo contrario tales hijos fueran a quedarse sin padres o tutor.</p> <p>Notas importantes</p> <p>› No <i>pagaremos</i> para que un tercero acompañe a un <i>beneficiario</i> si el propósito original de la evacuación era permitir que el <i>beneficiario</i> recibiera <i>tratamiento ambulatorio</i>.</p> <p>› No <i>pagaremos</i> ningún otro coste relativo a gastos de viaje de terceros, como el alojamiento o transporte local.</p>			

Si ha adquirido esta opción, pondremos también a su disposición las disposiciones siguientes relativas a visitas solidarias al beneficiario por parte de los familiares más próximos.

Visitas solidarias, gastos de viaje	Silver	Gold	Platinum
	Hasta un máximo de cinco viajes por vida. Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	1.200 \$ 1.000 € 800 £	1.200 \$ 1.000 € 800 £
Visitas solidarias: dietas			
Hasta el importe máximo indicado por día para cada visita con un máximo de 10 días por visita. Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £
<p>› <i>Pagaremos</i> por cada <i>beneficiario</i> hasta cinco visitas solidarias a lo largo de la duración de la cobertura. Las visitas solidarias deben ser aprobadas previamente por nuestro <i>servicio de asistencia médica</i>.</p> <p>› <i>Pagaremos</i> el coste del viaje de ida y vuelta en clase turista para uno de los padres, el/la <i>cónyuge</i>, pareja, hermano/a o hijo/a para visitar a un <i>beneficiario</i> tras un accidente o enfermedad repentina, si el <i>beneficiario</i> se encuentra en un país diferente y se prevé que permanezca hospitalizado cinco días o más, o en caso de que haya recibido un pronóstico terminal a <i>corto plazo</i>.</p> <p>› <i>Pagaremos</i> igualmente los gastos de subsistencia que contraiga un familiar durante una visita solidaria, durante hasta 10 días por visita mientras se encuentre fuera de su <i>país de residencia habitual</i> hasta los límites que se indican en la <i>lista de prestaciones</i> (sujeto a la aportación de los recibos de los gastos contraídos).</p> <p>Nota importante</p> <p>› No <i>pagaremos</i> una visita solidaria cuando el <i>beneficiario</i> haya sido evacuado o repatriado. Si se lleva a cabo la evacuación o repatriación durante una visita solidaria, no <i>pagaremos</i> gastos de transportación de terceros adicionales.</p>			

Las siguientes notas importantes y condiciones generales son de aplicación a toda la cobertura proporcionada con la opción de Evacuación médica internacional.

Notas importantes

Los servicios descritos en esta sección son proporcionados u organizados por el *servicio de asistencia médica* de acuerdo con esta póliza.

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

- todas las evacuaciones y repatriaciones deberán ser aprobadas con antelación por el *servicio de asistencia médica*, con el que se puede contactar a través del Equipo de atención al cliente;
- el *tratamiento* por el cual o tras el cual es necesario realizar una evacuación o repatriación deberá ser recomendado por un *enfermero cualificado* o un *médico*;
- los servicios de evacuación y repatriación solo están disponibles con esta *póliza* si el *beneficiario* está siendo tratado (o necesita ser tratado) en régimen de *hospitalización* o en *régimen externo*;
- el *tratamiento* por el cual se precisa evacuación o repatriación deberá:
 - ser un *tratamiento* por el que el *beneficiario* disponga de cobertura conforme a esta *póliza*; y
 - no estar disponible en la ubicación desde la que el *beneficiario* va a ser evacuado o repatriado;
 - el *beneficiario* ya deberá contar con cobertura conforme a la opción de Evacuación médica internacional antes de necesitar el servicio de evacuación o repatriación;
 - el *beneficiario* deberá contar con cobertura en el *área de cobertura seleccionada* que incluya el país donde se proporcionará el *tratamiento* tras la evacuación o repatriación (el *tratamiento* en EE. UU. está excluido a menos que el *beneficiario* haya adquirido *cobertura mundial incluyendo EE. UU.*).
- Solo pagaremos los servicios de evacuación o repatriación si todas las actuaciones han sido aprobadas de antemano por *nuestro servicio de asistencia médica*. Antes de conceder la aprobación, debemos recibir toda la información y pruebas que razonablemente necesitemos;
- No aprobaremos ni pagaremos ninguna evacuación o repatriación si, en *nuestra* razonable opinión, no es adecuada o si va en contra de la recomendación médica. Para poder decidir si una evacuación o repatriación es adecuada, nos remitiremos a la práctica clínica y médica establecida;
- En ocasiones es posible que realicemos una revisión de esta cobertura y nos reservamos el derecho a contactar con *usted* para obtener más información cuando sea razonable.

Condiciones generales

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

serán tomadas por *nuestro equipo médico* tras consultar con los *médicos* que estén tratando al *beneficiario* y teniendo en cuenta todos los factores y todas las consideraciones médicas pertinentes.

COBERTURA INTERNACIONAL DE SALUD Y BIENESTAR

El seguro de salud y bienestar internacional ofrece al *beneficiario* cobertura para revisiones, pruebas, exámenes, así como asesoramiento y asistencia personalizados para distintos tipos de crisis, a través de *nuestra* educación sanitaria en línea y nuestra evaluación de riesgos para la salud. De esta forma, ayudamos al *beneficiario* a controlar y administrar su salud de la forma que desee.

Durante cada *periodo de cobertura* pagaremos la realización de las pruebas siguientes por un *médico*.

	Silver	Gold	Platinum
Reconocimientos físicos rutinarios para adultos Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	600 \$ 440 € 400 £
<p>➤ <i>Pagaremos</i> la realización de reconocimientos físicos rutinarios para adultos (incluyendo, entre otros, altura, peso, análisis de sangre, análisis de orina, tensión arterial, función pulmonar) para las personas de 18 años de edad o más.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Citología vaginal Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
<p>➤ <i>Pagaremos</i> la realización de una prueba de Papanicolaou (citología vaginal) para las <i>beneficiarias</i>.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Detección de <i>cáncer</i> de próstata Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
<p>➤ <i>Pagaremos</i> un examen de próstata (antígeno prostático específico [PSA, por su sigla en inglés]) para los <i>beneficiarios</i> de 50 años o más.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Mamografías para la detección del <i>cáncer</i> de mama Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
<p><i>Pagaremos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • De 35 a 39 años: una mamografía inicial en mujeres asintomáticas. • De 40 a 49 años: una mamografía en mujeres asintomáticas cada dos años. • A partir de los 50 años: una mamografía cada año. 			

	Silver	Gold	Platinum
Detección de <i>cáncer</i> intestinal Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
<i>Pagaremos una prueba de detección del <i>cáncer</i> intestinal para los <i>beneficiarios</i> de 55 años o más.</i>			

	Silver	Gold	Platinum
Densitometría ósea Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .	225 \$ 165 € 150 £	450 \$ 330 € 300 £	Pagado por completo
<i>Pagaremos una prueba para determinar la densidad de los huesos del <i>beneficiario</i>.</i>			

	Silver	Gold	Platinum
Consultas dietéticas	No cubierto	No cubierto	Pagado por completo
> <i>Pagaremos hasta cuatro consultas con un dietista por <i>periodo de cobertura</i> si el <i>beneficiario</i> requiere asesoramiento dietético en relación con una dolencia o enfermedad diagnosticada, como la diabetes (<i>plan Platinum solamente</i>).</i>			

	Silver	Gold	Platinum
Programa de asistencia para el manejo de la vida	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
> <i>Nuestro servicio de Manejo de la Vida está disponible 24 horas al día, todos los días de la semana, los 365 días del año. Nuestros profesionales están listos para <i>ayudarle</i> con cualquier tema que sea importante para <i>usted</i>.</i> > <i>Pagaremos hasta cinco sesiones de asesoramiento por tema por <i>periodo de cobertura</i>. Puede ser asesoramiento telefónico o cara a cara.</i> > <i>Apoyo telefónico inmediato ilimitado para recibir asistencia en directo.</i> > <i>Facilita información, recursos y asesoramiento acerca de cualquier tema laboral, personal, familiar o de la vida importante para <i>usted</i>.</i> > <i>Los servicios de información proporcionan apoyo, incluyendo asistencia, para las necesidades diarias o la logística de la reubicación. Los <i>especialistas</i> en información pueden ofrecer asistencia por vía telefónica así como investigar y proporcionar referencias preseleccionadas de recursos locales.</i> Póngase en contacto con nosotros para obtener la aprobación. El servicio es prestado por nuestro proveedor de asesoramiento seleccionado.			

	Silver	Gold	Platinum
Educación sanitaria en línea, evaluaciones de salud y programas de formación en línea	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
> <i>El acceso a <i>nuestra</i> sección de salud y bienestar está disponible en <i>su</i> Área del cliente segura en línea.</i>			

COBERTURA INTERNACIONAL DE VISIÓN Y DENTAL

El seguro de visión y dental internacional cubre los gastos de los exámenes oculares rutinarios del *beneficiario*, así como de las gafas y las lentes. Asimismo, cubre una amplia gama de tratamientos *dentales* preventivos, rutinarios y especializados.

CUIDADO DE LA VISIÓN

	Silver	Gold	Platinum
Examen ocular Máximo por <i>beneficiario</i> por <i>periodo de cobertura</i> .	100 \$ 75 € 65 £	200 \$ 150 € 130 £	Pagado por completo
<ul style="list-style-type: none"> › <i>Pagaremos</i> un examen ocular rutinario por <i>periodo de cobertura</i>, que será realizado por un optometrista u oftalmólogo. › <i>No pagaremos</i> más de un examen ocular en un <i>periodo de cobertura</i>. 			

	Silver	Gold	Platinum
Gastos de: <ul style="list-style-type: none"> › lentes para gafas, › lentes de contacto, › monturas para gafas, › gafas de sol con prescripción, cuando todo ello sea prescrito por un optometrista u oftalmólogo.	155 \$ 125 € 100 £	155 \$ 125 € 100 £	310 \$ 245 € 200 £
Hasta la cantidad máxima indicada por <i>periodo de cobertura</i> .			
<ul style="list-style-type: none"> › <i>No pagaremos</i>: <ul style="list-style-type: none"> • gafas de sol, a menos que sean prescritas médicamente por un optometrista u oftalmólogo, • gafas o lentes que no sean <i>médicamente necesarias</i> o no hayan sido prescritas por un optometrista u oftalmólogo, ni • <i>tratamiento o intervenciones quirúrgicas</i>, incluyendo el <i>tratamiento</i> o la <i>cirugía</i> para corregir la visión, como la <i>cirugía</i> ocular láser, queratotomía refractiva (QR) o queratectomía fotorrefractiva (QFR). › Deberá <i>facilitarnos</i> una copia de la prescripción o factura de las lentes correctoras como justificante de toda solicitud de reembolso de gastos de monturas. 			

TRATAMIENTO DENTAL

SU LÍMITE GENERAL

	Silver	Gold	Platinum
Prestación anual: máximo por beneficiario durante cada periodo de cobertura	1.250 \$ 930 € 830 £	2.500 \$ 1.850 € 1.650 £	5.500 \$ 4.300 € 3.500 £

	Silver	Gold	Platinum
Tratamiento dental preventivo Disponible después de que el <i>beneficiario</i> haya recibido cobertura con esta opción durante tres meses.	Pagado por completo	Pagado por completo	Pagado por completo
<p>› <i>Pagaremos el tratamiento dental preventivo</i> siguiente recomendado por un <i>dentista</i> después de que el <i>beneficiario</i> haya tenido la cobertura de visión y dental internacional durante al menos tres meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dos revisiones dentales por <i>periodo de cobertura</i>; • radiografías, incluyendo radiografía interproximal, de una vista y ortopantomografía (OPG); • raspaje y pulido, incluyendo la aplicación tópica de flúor cuando sea necesaria (dos por <i>periodo de cobertura</i>); • un protector bucal por <i>periodo de cobertura</i>; • una férula dental de descarga por <i>periodo de cobertura</i>; y • sellador de fisuras. 			

	Silver	Gold	Platinum
Tratamiento dental rutinario Disponible después de que el <i>beneficiario</i> haya recibido cobertura con esta opción durante tres meses.	80 % de reembolso por <i>periodo de cobertura</i>	90 % de reembolso por <i>periodo de cobertura</i>	Pagado por completo
<p>› <i>Pagaremos los gastos de tratamiento del tratamiento dental rutinario</i> siguiente después de que el <i>beneficiario</i> haya tenido cobertura de visión y dental internacional durante al menos tres meses (si dicho <i>tratamiento</i> es necesario para la <i>salud oral</i> continuada y es recomendado por un <i>dentista</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>tratamiento</i> del conducto radicular, • extracciones, • intervenciones quirúrgicas, • <i>tratamiento</i> ocasional, • anestesia y • <i>tratamiento</i> periodontal. 			

	Silver	Gold	Platinum
Tratamiento dental restaurativo principal Disponible después de que el <i>beneficiario</i> haya recibido cobertura con esta opción durante 12 meses.	70 % de reembolso por <i>periodo de cobertura</i>	80 % de reembolso por <i>periodo de cobertura</i>	Pagado por completo
<p>› <i>Pagaremos los gastos de tratamiento</i> correspondientes a los <i>tratamientos dentales restaurativos</i> complejos siguientes después de que el <i>beneficiario</i> haya tenido cobertura de visión y dental internacional durante al menos 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dentaduras postizas (acrílicas/sintéticas, metálicas y metálicas/acrílicas); • coronas; • empastes; y • colocación de implantes dentales. <p>› Si el <i>beneficiario</i> necesita un <i>tratamiento dental restaurativo</i> complejo antes de haber recibido la cobertura de visión y dental internacional durante 12 meses, <i>pagaremos</i> el 50 % de los costes del <i>tratamiento</i>.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
Tratamiento de ortodoncia Disponible después de que el <i>beneficiario</i> haya recibido cobertura con esta opción durante 18 meses.	40 % de reembolso por <i>periodo de cobertura</i>	50 % de reembolso por <i>periodo de cobertura</i>	50 % de reembolso por <i>periodo de cobertura</i>
<p>› <i>Pagaremos el tratamiento</i> de ortodoncia para los <i>beneficiarios</i> de hasta 18 años, inclusive, si han tenido cobertura de visión y dental internacional durante al menos 18 meses.</p> <p>› <i>Pagaremos el tratamiento</i> de ortodoncia únicamente si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el <i>dentista</i> u ortodontista que va a realizar el <i>tratamiento</i> nos proporciona, por anticipado, una descripción detallada del <i>tratamiento</i> propuesto (incluyendo radiografías y moldes), así como un presupuesto del coste del <i>tratamiento</i>; y • <i>hemos aprobado el tratamiento</i> previamente. 			

Otros tratamientos dentales

Si un *beneficiario* precisa de cualquier forma de *tratamiento dental* que no se incluya en esta *Guía del cliente*, puede contactar con *nosotros* (antes de recibir el *tratamiento*) para preguntar si ofrecemos cobertura para dicho *tratamiento*. *Nosotros* consideraremos la solicitud y decidiremos, a nuestra discreción:

- si pagaremos el *tratamiento*;
- de ser así, si lo pagaremos en su totalidad o solo parte de él; y
- en qué área de cobertura se encuadrará (para calcular cuándo se alcanzan los límites de la cobertura).
- antes de recibir cualquier *tratamiento*, es preciso obtener acuerdo previo.

Exclusiones de la atención dental

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

- › No pagaremos:
 - Tratamientos puramente *cosméticos* u otros tratamientos que no sean necesarios para una *salud oral* continuada y mejorada.
 - La sustitución de piezas dentales protésicas que se hayan perdido o hayan sido robadas, ni ningún *tratamiento* relacionado.
 - La sustitución de un puente, corona o dentadura postiza que (en la razonable opinión de un *dentista* con una normal competencia y capacitación dentro del país de residencia habitual del *beneficiario*) pueda repararse y volverse a utilizar.
 - La sustitución de un puente, corona o dentadura postiza en el plazo de cinco años a partir de su implantación inicial, a menos que:
 - se haya dañado durante su uso sin posibilidad de reparación, como resultado de una *lesión dental* sufrida por el *beneficiario* durante el periodo de cobertura de esta *póliza*; o
 - la sustitución sea necesaria porque el *beneficiario* necesite someterse a la extracción de algún *diente natural sano*; o
 - la sustitución sea necesaria debido a la colocación de una dentadura postiza completa.
 - Fundas acrílicas o de porcelana.
 - Coronas o puentes sobre, o en sustitución de, el primer, segundo y tercer molares superiores e inferiores, a menos que:
 - estén hechos de porcelana, compuestos metálicos o metal solo (por ejemplo, una corona de aleación de oro); o
 - sea necesario implantar una corona o un puente temporales como parte de la rutina de un *tratamiento dental* de emergencia.
 - *Tratamientos*, procedimientos y materiales que sean experimentales o que no se ajusten a los estándares dentales generalmente aceptados.
 - *Tratamientos* para implantes dentales directa o indirectamente relacionados con:
 - rechazo del implante;
 - ruptura de la integración ósea;
 - periimplantitis;
 - sustitución de coronas, puentes o dentaduras postizas; o
 - cualquier accidente o *tratamiento de urgencia*, incluyendo para cualquier dispositivo protésico.
 - Asesoramiento sobre control de la placa, higiene oral y dieta.
 - Servicios y suministros, entre otros, enjuagues bucales, cepillos de dientes y dentífricos.
 - Los *tratamientos* médicos llevados a cabo en un *hospital* por parte de un *especialista* oral pueden entrar dentro de la cobertura del plan de Seguro médico internacional y/o la opción de Asistencia ambulatoria internacional, si se ha adquirido dicha opción, excepto cuando el *tratamiento dental* sea el motivo por el que *usted* se encuentra *hospitalizado*.
 - *Tratamientos* de ortodoncia para cualquier paciente que supere los 19 años de edad.
 - Registro de la mordedura, accesorios de precisión o semiprecisión.
 - Cualquier *tratamiento*, procedimiento, dispositivo o restauración (excepto dentaduras postizas completas) si su finalidad principal es:
 - modificar la dimensión vertical; o
 - diagnosticar o tratar afecciones o disfunciones de la articulación temporomandibular; o
 - estabilizar piezas dentales afectadas por periodontitis; o
 - restablecer la oclusión.

Puede encontrar más detalles sobre la empresa *Cigna* que ofrece la cobertura conforme a *su póliza* en sus *Normas de la póliza* y en su *Certificado de seguro*.

Together, all the way.SM



Para los seguros proporcionados por Cigna Global Insurance Company Limited, el agente asegurador es Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, que está regulado por la Autoridad de Servicios Financieros de Dubai.

"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. © 2019 Cigna