



Cigna Global Health Options

Guía del cliente

Todo lo que necesita saber sobre su plan



Cómo ponerse en contacto con nosotros

Si tiene alguna pregunta sobre *su* póliza, necesita autorización para recibir *tratamiento* o precisa de cualquier otro servicio, póngase en contacto con *nuestro* equipo de atención al cliente las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.*



Utilice su Área Privada de Asegurado

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



Como opción, puede enviarnos un correo electrónico a:
cignaglobal_customer.care@cigna.com



Llámenos

Internacional: **+44 (0) 1475 788 182**

EE. UU.: **800 835 7677** (gratuito)

Hong Kong: **2297 5210** (gratuito)

Singapur: **800 186 5047** (gratuito)

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

Contenido

[Página 4:](#)
Comprenda su seguro de salud

[Página 5:](#)
Bienvenida a Cigna Healthcare

[Página 6:](#)
Nuestro apoyo clínico

[Página 7:](#)
Gestión de su póliza

[Página 8:](#)
Acceso a la asistencia

[Página 9:](#)
Organización del tratamiento

[Página 11:](#)
Ejemplos de acceso a tratamiento

[Página 13:](#)
Cómo solicitar un reembolso

[Página 14:](#)
Aplicación Cigna Wellbeing®

[Página 15:](#)
Gestión de su salud

[Página 16:](#)
Tabla de prestaciones

[Página 16:](#) Seguro médico internacional

[Página 26:](#) Asistencia ambulatoria internacional

[Página 32:](#) Salud y bienestar internacional

[Página 37:](#) Evacuación Internacional y Crisis Assistance Plus®

[Página 41:](#) Seguro oftalmológico y odontológico internacional

[Página 43:](#)
Cómo funcionan el deducible y el copago

[Página 45:](#)
Sabía qué... y preguntas frecuentes

[Página 47:](#)
Definiciones

[Página 49:](#)
Información importante



Cómo entender su seguro de salud

Ha elegido un plan que se adapta a sus necesidades específicas, por lo que al revisar su Guía del Cliente y descubrir el alcance total de la cobertura que le proporcionamos, no olvide consultar su Certificado de seguro para repasar exactamente qué prestaciones opcionales ha elegido añadir a su cobertura principal - Seguro médico internacional.

A lo largo de este documento, hemos destacado algunos términos clave en **negrita**. Encontrará información más detallada de estos términos clave en la [sección Definiciones](#).

Lea esta Guía del cliente, así como las Normas de la póliza y el Certificado de seguro, ya que los tres documentos forman parte del contrato establecido entre usted y nosotros correspondiente al presente **período de cobertura**. Tenga en cuenta que esta póliza tiene un período de cobertura mínimo de tres meses. Puede encontrar más información en el documento de Normas de la póliza, que puede encontrar en el Área Privada de Asegurado.

Cuando utilizamos el término «usted», nos referimos a usted mismo, al tomador del seguro, así como a cualquier otro beneficiario designado en su Certificado de Seguro como cubierto por esta póliza, incluidos los hijos recién nacidos.

Cuando utilizamos los términos «nosotros», «nos» y «nuestro», nos referimos a Cigna Healthcare, el asegurador de esta póliza. Consulte la página 3 del documento de Normas de la póliza para obtener información sobre la entidad jurídica Cigna Healthcare que proporciona su póliza.



Le damos la bienvenida a Cigna Healthcare

Gracias por elegir un plan de Cigna Global Health Options para protegerse usted y su familia. Nuestra misión consiste en mejorar la salud y vitalidad de nuestros clientes, y somos especialistas en brindarle apoyo a usted y a su familia en sus desplazamientos internacionales.



Ponemos a las personas primero

Esto significa que siempre puede esperar el máximo nivel de servicio y atención:

- **Nuestro servicio de atención al cliente multilingüe está disponible las 24 horas del día**
- **Tratamos siempre de procesar su garantía de pago en el plazo de una hora**
- **Nuestro objetivo es procesar las solicitudes de reembolso que presente en los cinco días hábiles siguientes a recibir la documentación necesaria**

Somos su socio de salud integral

Estamos aquí para brindarle apoyo en su recorrido hacia el bienestar:

- **Le ponemos en contacto con la experiencia médica de nuestro equipo clínico a través de nuestro programa de gestión de casos clínicos**
- **Le ayudamos a acceder a servicios como Global Telehealth a través de nuestra aplicación Cigna Wellbeing**
- **Nos centramos en los controles preventivos y el bienestar de la salud mental en el marco de nuestra oferta opcional de Salud y Bienestar**

Tenemos experiencia mundial

Ofrecemos acceso a una red mundial de hospitales, clínicas y médicos de confianza, entre los que se incluyen:

- **300.000 profesionales sanitarios**
- **67.000 farmacias concertadas**
- **Más de 150 médicos y enfermeras internos**

Nuestro apoyo clínico

Sabía que...

Puede acceder a asistencia clínica poniéndose en contacto con nuestro Equipo de atención al cliente mediante los datos de contacto que figuran en la [página 2](#).

Ponemos a su disposición toda nuestra experiencia clínica para ayudarles a usted y su familia a llevar una vida más feliz y saludable. Vea más abajo cómo nuestro equipo dedicado de médicos y enfermeras puede ayudarle.

Siéntase apoyado en su proceso médico

Gestión de casos

- Un profesional de enfermería asignado será su único punto de contacto
- Recibirá asesoramiento y apoyo continuos y personalizados
- Crearemos planes de tratamiento personalizados para hacer frente a cualquier afección compleja.

Gestión de afecciones crónicas

Un enfermero especializado le ayudará si padece una afección crónica, como:

- Prediabetes y diabetes
- Hipertensión
- Dolor musculoesquelético (articular, muscular o nervioso)
- Artritis

El apoyo incluye:

- Creación de un plan específico de tratamiento con objetivos alcanzables
- Control de la enfermedad con visitas y evaluaciones periódicas
- Revisión de la siguiente medida si es médicamente necesaria*

Siéntase seguro gracias a segundas opiniones médicas

Programa de apoyo para tomar decisiones

Este servicio ofrece asesoramiento y recomendaciones sobre su diagnóstico individual e incluye:

- Acceso a expertos médicos destacados para recabar segundas opiniones
- Contacto inicial en el plazo de 48 horas tras la recepción de su historial clínico
- Un informe médico que contenga la opinión del experto médico sobre su plan de tratamiento
- Respuestas y explicaciones adicionales a las dudas que pueda tener

* Este programa está disponible con independencia de que se aplique una exclusión médica a su póliza relacionada con una afección crónica. No obstante, es posible que un tratamiento físico no esté cubierto para dicha afección si forma parte de la exclusión médica.

Gestión de su póliza

¿Sabía que?

Puede acceder a su Área Privada de Asegurado en línea a través de www.cignaglobal.com y hacer clic en el botón «Inicio de sesión de miembros» situado en la parte superior derecha de la página.

Como cliente de Cigna Global Health Options, tendrá acceso a abundante información desde cualquier lugar del mundo a través de su Área Privada de Asegurado en línea.

Para acceder a su Área Privada de Asegurado segura en línea, haga clic [aquí](#).



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

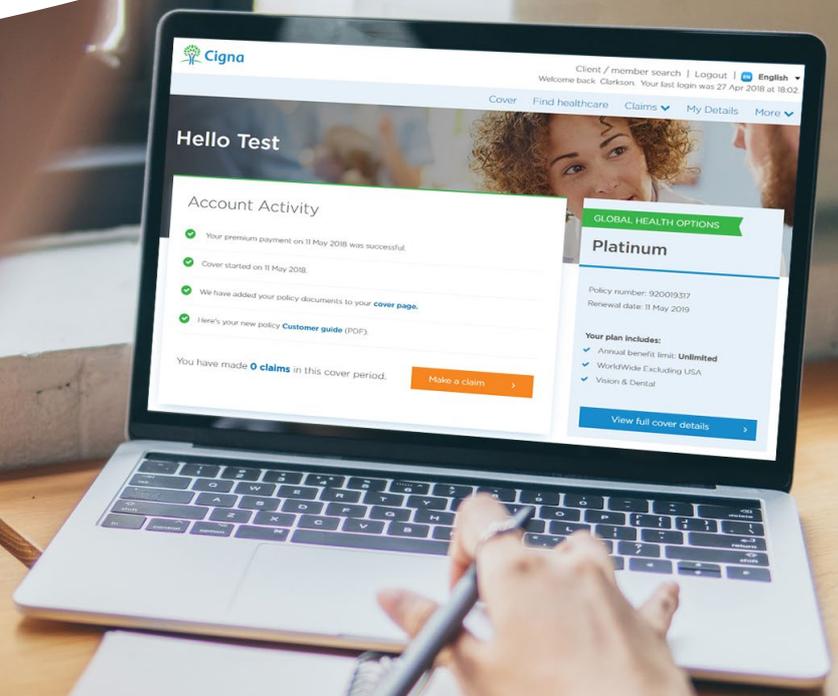


Introduzca la **dirección de correo electrónico que nos facilitó** y, a continuación, su contraseña.

Si tiene algún problema para acceder al Área Privada de Asegurado, póngase en contacto con nuestro equipo de Atención al cliente. Los datos de contacto figuran en la [página 2](#).

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

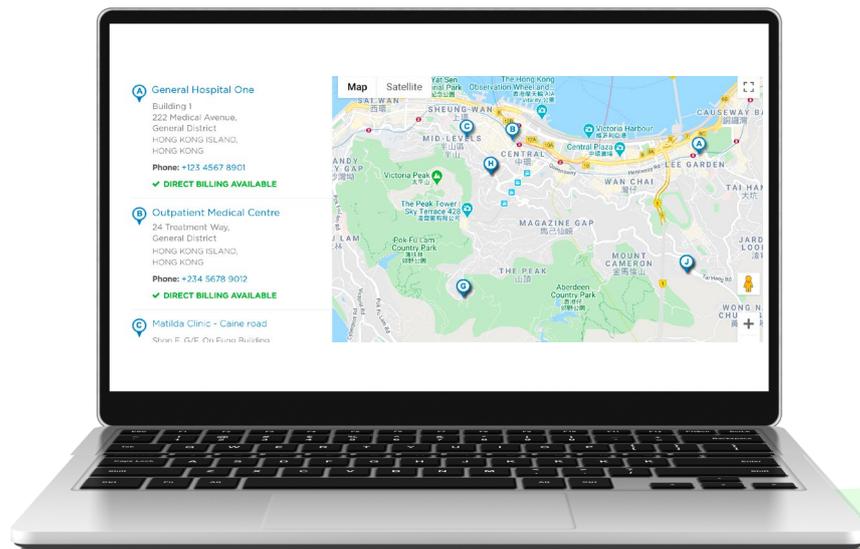
- Ver sus documentos de póliza, incluidos su Certificado de seguro y las tarjetas de identificación de Cigna Healthcare para todos los beneficiarios;
- Ver las posibles exclusiones especiales que se apliquen a su póliza;
- Ver las prestaciones que incluye su plan;
- Ver un resumen de sus pagos de primas;
- Ver toda la correspondencia con nosotros;
- Presentar sus solicitudes de reembolso y realizar un seguimiento del estado de las mismas fácilmente;
- Actualizar sus datos en caso necesario.



Acceso a la asistencia

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

Se le facilitará una lista clara de proveedores con facturación directa y un mapa claro que muestra su ubicación en relación con los proveedores.



Póngase en contacto con nosotros

Su [Área Privada de Asegurado](#) segura en línea también le proporciona formas cómodas de contactar con nosotros incluyendo chat en vivo, mensaje directo o indicarnos una hora adecuada para usted para que le llamemos nosotros.



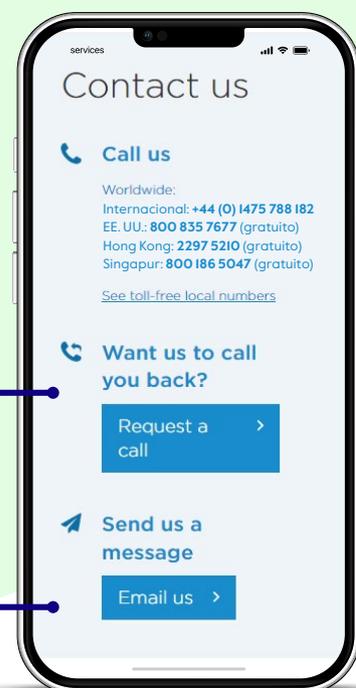
Chat en directo



Pida que le llamemos



Envíenos un mensaje



Organización del tratamiento

¿Qué tipo de tratamiento o consulta necesita?

Tratamiento de hospitalización y en consultas externas

- Hospitalización de larga estancia
- Ingreso hospitalario antes y después de la cirugía
- Operación estándar en el mismo día
- Tratamiento en curso programado
- Ingreso en un servicio especializado
- Maternidad durante parto

Por ejemplo, si necesita una intervención quirúrgica tras un infarto de miocardio. Las pruebas diagnósticas, las intervenciones quirúrgicas y los gastos hospitalarios están cubiertos por el tratamiento hospitalario y ambulatorio. Consulte la [página 11](#).

Tratamiento ambulatorio

- Consultas a un médico
- Análisis de sangre y otras pruebas diagnósticas
- Radiografías y exploraciones
- Cita con el fisioterapeuta
- Visita de acupuntura
- Procedimiento menor (por ejemplo, puntos)
- Medicación prescrita

Por ejemplo, una prueba diagnóstica, una vacunación contra la gripe o una extirpación de lunar. Consulte la [página 12](#).

¿Tiene que ponerse en contacto con Cigna Healthcare primero?

Se requiere una autorización previa antes de recibir estos tratamientos.

Póngase en contacto con el equipo de Servicio al cliente lo antes posible para asegurarse de que su tratamiento está cubierto.

Si no se ha obtenido autorización previa:

- Retraso en la tramitación de solicitudes de reembolso
- Reducción de pagos en un 20 %

En la mayoría de los casos, no se requiere autorización previa.

Hay un número limitado de tratamientos ambulatorios que requieren autorización previa y pueden consultarse en la [página 26](#).

Nota: En caso de urgencia médica:

- Busque tratamiento primero, no es necesario obtener la autorización previa antes
- Usted o un familiar debe llamarnos en las 48 horas siguientes al tratamiento inicial
- Confirmamos el tratamiento y acordamos la liquidación con el proveedor
- Si el proveedor está fuera de la red de Cigna Healthcare, podremos decidir, con su consentimiento, proseguir el tratamiento con un proveedor elegido.



¿Dónde puede recibir tratamiento? ¿Puede elegir su proveedor preferido?

Búsqueda de profesionales

Para el tratamiento hospitalario o en consultas externas, el equipo de Servicio al cliente puede ayudarle a localizar a su proveedor de red de Cigna Healthcare más cercano mientras solicita su autorización previa.

O puede usar la búsqueda de profesionales en su área de clientes en línea.

Elección de profesional sanitario

Fuera de los Estados Unidos:

Como no necesita autorización previa para la mayoría de los tratamientos ambulatorios, puede seleccionar un proveedor de su elección.

En Estados Unidos:

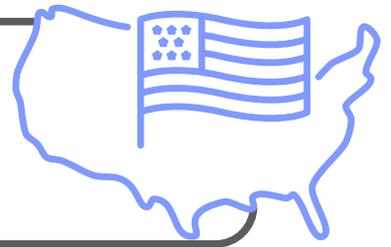
Para los tratamientos ambulatorios se recomienda permanecer en la red de Cigna Healthcare.

Tratamiento en los Estados Unidos

Si elige un proveedor fuera de la red, reduciremos el importe que pagamos en un **20 %**.

Esta reducción del pago no se aplicará en los siguientes casos:

- No hay proveedor de la red de Cigna Healthcare en un radio de 50 kilómetros (30 millas)
- Tratamiento no disponible en otro sitio
- Tratamiento de urgencia.



¿Tiene que abonar el tratamiento de su bolsillo?

Garantía de pago

Como parte del proceso de autorización previa, emitiremos en la mayoría de los casos una garantía de pago a usted y/o al proveedor elegido. Esto significa que acordamos por adelantado pagar algunos o todos los costes de un tratamiento determinado con ese proveedor sobre la base de las tarifas estimadas.

Una vez que hayamos dado una garantía de pago, abonaremos el importe acordado al proveedor tras recibir una solicitud adecuada y una copia de la factura correspondiente, una vez finalizado el tratamiento. Cuando haya una diferencia entre la Garantía de Pago acordada y los honorarios del proveedor, revisaremos la diferencia según nuestro proceso de adjudicación de reclamaciones.

Recibir tratamiento

Para hospitalizaciones y consultas externas

Tras recibir la autorización previa requerida y una garantía de pago del coste estimado de su tratamiento con el proveedor elegido, puede planificar su estancia en el hospital o reservar su tratamiento.

Para tratamientos ambulatorios y preventivos

Como no necesita autorización previa para sus necesidades médicas diarias, no emitiremos una garantía de pago en estos casos y puede acudir directamente a su médico o especialista.

Del mismo modo, puede concertar una revisión médica anual o una prueba de detección del cáncer sin necesidad de ponerse en contacto previamente con nuestro equipo de atención al cliente.

Recibir tratamiento: no olvide de llevar consigo una copia de su ID de Cigna Healthcare. Esto está disponible para su descarga en su Área Privada de Asegurado en línea.



¿Cómo liquida las facturas médicas después del tratamiento?

Para facturas grandes, en la mayoría de los casos pagaremos directamente al proveedor

Para la mayoría de los tratamientos hospitalarios/ en consulta externa, pagaremos directamente a su hospital, clínica o médico:

- a través de un acuerdo de facturación directa
- mediante la entrega de una Garantía de Pago

Notas:

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

Si ha pagado al profesional sanitario

Envíenos su factura y reclamaciones en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de tratamiento. Puede enviar solicitudes en línea a través de su Área Privada de Asegurado segura en línea o por correo electrónico, fax o correo postal.

Puede encontrar información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso en la [página 13](#).

Notas:

- Nosotros le realizaremos a usted el reembolso (menos su opción aplicable de deducible y/o copago).
- Nuestro objetivo es procesar su solicitud de reembolso en los 5 días hábiles siguientes tras recibir toda la documentación necesaria.

Puede descargar sus formularios de solicitud de reembolso de su Área Privada de Asegurado segura en línea o en www.cignaglobal.com/help/claims

Importante:

- Es posible que haya ciertos países en los que no podamos pagar directamente al proveedor. En estos casos, usted será responsable de pagar los costes del tratamiento a su proveedor y Cigna Healthcare le reembolsará el importe a usted.
- A nuestra entera discreción y sin notificación, podemos realizar cambios en la red de Cigna Healthcare ocasionalmente, añadiendo y/o eliminando hospitales, clínicas, médicos y farmacias.

Ejemplo 1: Hospitalización

¿Se pregunta cómo funcionará la póliza en su caso?

El siguiente proceso muestra un ejemplo de un cliente que tiene que ingresar en un hospital para recibir atención hospitalaria y cómo Cigna Healthcare puede ayudarle durante este proceso.

Perfil: Linda Edad: 55 Plan: CGHO Silver

Linda es trasladada de urgencia al hospital tras un posible ataque cardíaco en su casa.

• **Prestación utilizada:**
[Servicio local de ambulancia](#)

• **Autorización previa:**
Al tratarse de una emergencia, Linda no tiene que llamar primero a nuestro Servicio de Atención al Cliente.



Linda llega al hospital.

- **Tratamiento:** Se informa a Linda de que necesita cirugía
- **Prestación utilizada:**
[Cargos hospitalarios](#)
- **Autorización previa:** Obligatorio*
- **Garantía de pago:** Se facilita como parte del proceso de autorización previa

Después de una operación con éxito, Linda requiere tratamiento de rehabilitación en el hospital.

- **Prestación utilizada:**
[Rehabilitación](#)
- **Autorización previa:** Obligatorio
- **Garantía de pago:**
Se facilita como parte del proceso de autorización previa



Tras una operación de éxito y un tratamiento de rehabilitación de seguimiento, se envía a Linda a casa para que se recupere por completo.

- **Liquidación:** Como Linda ha obtenido las autorizaciones previas necesarias, Cigna Healthcare atiende directamente todas las facturas médicas del hospital.

*Como Linda no pudo llamar por sí misma al servicio de atención al cliente, su hija, registrada como persona responsable en la póliza de Linda, pudo hablar con un representante del servicio de atención al cliente para recibir autorización previa y garantía de pago antes de recibir tratamiento.

Ejemplo 2: Asistencia fuera del hospital

¿Se pregunta cómo funcionará la póliza en su caso?

El proceso siguiente muestra un ejemplo de un cliente que tiene que ingresar en un hospital para recibir atención ambulatoria y cómo Cigna Healthcare puede ayudarle durante este proceso.

Perfil: William Edad: 65 Plan: CGHO Platinum

Cobertura adicional seleccionada: Módulo de asistencia ambulatoria internacional

Sabía que...

Paciente ambulatorio hace referencia a un paciente que asiste a un hospital, consultorio o clínica ambulatoria para recibir tratamiento pero que no se admite como paciente de consultas externas u hospitalizado y no ocupa una cama.

William se siente mal y visita a su médico para exponerle sus síntomas.

Prestación utilizada: [Consultas y procedimientos ambulatorios con médicos](#)

Autorización previa: No es necesario

Reembolso de solicitud: No es necesario*



El médico analiza los síntomas de William y le receta antibióticos.

Prestación: [Apósitos y fármacos con prescripción](#)

Autorización previa: No es necesario

Reembolso de solicitud: Obligatorio**

William también menciona un lunar que le gustaría que el médico examinara.

Se concierta una cita de seguimiento.

Autorización previa: No es necesaria



Dos semanas después de la consulta inicial, se le extirpa correctamente el lunar a William en una operación de su médico.

Prestación: [Consultas con médicos de cabecera](#)

Autorización previa: No es necesario

Reembolso de solicitud: No es necesario*

Una semana después, William regresa para que le quiten los puntos de sutura y no se requieren consultas de seguimiento adicionales.

Prestación: [Consultas con médicos de cabecera](#)

Autorización previa: No es necesario

Reembolso de solicitud: No es necesario*



*William utiliza la búsqueda de profesionales en su Área Privada de Asegurado en línea para localizar la clínica de su médico más cercana dentro de la red de Cigna Healthcare. Como ocurre con la mayoría de las coberturas ambulatorias, William no tiene que obtener autorización previa antes de buscar cualquier tratamiento. Dado que el médico está dentro de la red de proveedores de Cigna, se factura directamente a Cigna Healthcare en este caso, lo que significa que William no necesita enviar una solicitud de reembolso por estas visitas al médico dentro de la red.

**Si la farmacia donde se recoge la receta no forma parte de la red de Cigna Healthcare, William tendrá que pagar por adelantado el coste del medicamento y presentar una solicitud de reembolso. Actualmente, solo en Estados Unidos, los clientes de Cigna Healthcare podrán acceder a la red de farmacias de Cigna Healthcare donde la verificación y el cumplimiento se realizan automáticamente sin necesidad de pagar la medicación de su bolsillo.

Cómo solicitar reembolsos

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

Usted necesitará:

 La **factura** de su profesional sanitario

 Una **Solicitud de reembolso** cumplimentada

 El **recibo** de su pago

Indique con claridad su número de póliza en toda la documentación que nos remita.

Puede descargar sus formularios de solicitud de reembolso de su Área Privada de Asegurado segura en línea o en www.cignaglobal.com/help/claim.

Puede presentar sus solicitudes mediante:

- El **Área Privada de Asegurado** segura en línea (véase [página 7](#))
- Correo electrónico: cghoclaims@cigna.com
- Correo postal: **Para tratamiento recibido:**
- Fax: +44 (0) 1475 492 113 (fuera de EE. UU.); 855 358 6457 (dentro de EE. UU.)

Fuera de Estados Unidos, Hong Kong o Singapur	Cigna Global Health Options, Servicio de atención al cliente, I Knowe Road, Greenock Escocia PA15 4RJ, Reino Unido
En los EE. UU.	Cigna International, PO Box 15964, Wilmington, Delaware 19850, EE. UU.
En Hong Kong	Cigna Worldwide General Insurance Company Ltd, Cigna Global Health Options, Customer Service, 16/F, International Trade Tower, 348 Kwun Tong Road, Kwun Tong, Kowloon, Hong Kong SAR
En Singapur	Business Services Team, Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. - Singapore Branch, Cigna Global, Health Singapore, 152 Beach Road, #33-05/06, The Gateway East, Singapore 189721

Información importante

- Usted y todos los beneficiarios deberán cumplir con los procedimientos para solicitud de reembolso indicados en esta Guía del cliente.
- Podemos realizar el reembolso mediante transferencia o cheque.
- Es posible que le solicitemos información adicional para poder procesar una solicitud de reembolso, como por ejemplo: informes médicos u otra información acerca de la enfermedad del beneficiario o bien los resultados de cualquier examen médico independiente que podamos solicitar y abonar.
- Los beneficiarios deben enviar sus formularios de solicitud de reembolso y sus facturas lo antes posible después de recibir cualquier tratamiento. Si la solicitud de reembolso y la factura no se nos presentan en un plazo de 12 meses desde la fecha del tratamiento, no podremos pagar o reembolsar la solicitud de reembolso.

Sujeto a las condiciones de esta póliza, 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 de tratamiento que se haya recibido. No obstante, no cubriremos los gastos de tratamientos futuros que precisen de depósitos de pago o pagos por adelantado.
- Los tratamientos que sean médicamente necesario y clínicamente adecuados para el beneficiario.
- Los gastos razonables y habituales 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.
- Si usted supera cualquier sublímite de prestación individual o el límite de prestación general anual, buscaremos que nos reembolse para cubrir los costes donde haya superado su límite.

Aplicación Cigna Wellbeing[®]

Nuestra aplicación Cigna Wellbeing[®] le proporciona una gran variedad de herramientas y características para ayudarle a gestionar su salud y bienestar.

¿Sabía que?

Puede hablar con un médico en cualquier momento concertando una cita virtual a través de Global Telehealth en la aplicación Cigna Wellbeing.

Reciba asistencia sanitaria en cualquier momento y lugar

La aplicación Cigna Wellbeing[®] es la forma más fácil de acceder a Global Telehealth. Utilice la misma dirección de correo electrónico y contraseña que su Área Privada de Asegurado en línea para acceder a los servicios de la aplicación Cigna Wellbeing.



PIDA UNA CITA

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



HABLE CON UN MÉDICO

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



SIÉNTASE MEJOR

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

¿Por qué utilizar la Global Telehealth?

Es cómodo.

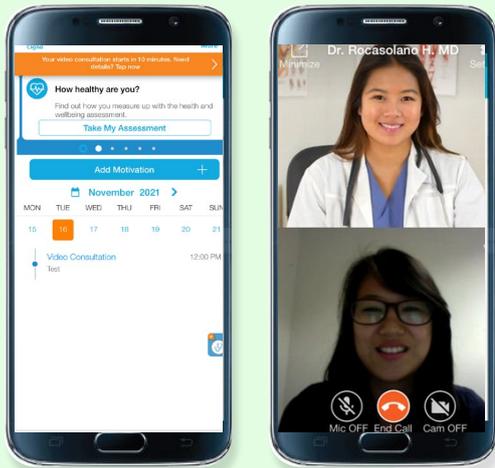
No es necesario salir de casa o de la oficina para acceder a un servicio médico.

Disponible 24/7.

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

Es asequible.

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



Descargue la aplicación de forma gratuita en su dispositivo móvil y empiece a usarla hoy mismo.

Gestione su salud

Evaluaciones sanitarias

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

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

Las evaluaciones específicas son más profundas para determinar si se alimenta bien, hace suficiente ejercicio, duerme bien y controla el estrés.

Gestión de afecciones crónicas

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

- Diabetes
- Hipertensión
- Problemas del corazón

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

Cambios de comportamiento

Seguimiento de parámetros clave de salud

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

- El sueño
- La altura/peso
- El azúcar en sangre
- La presión arterial

Sabía que...

Puede acceder a las evaluaciones de salud y hacer un seguimiento de sus parámetros clave de salud en la [aplicación Cigna Wellbeing](#).

Programas de contenido y asesoramiento sanitario

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

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



Seguro médico internacional

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

El seguro médico internacional le ofrece una cobertura básica para los costes hospitalarios, diurnos y de alojamiento, así como para la atención oncológica, psiquiátrica y mucho más.

Según nuestras definiciones en el documento Normas de la póliza:

- **Paciente hospitalizado** hace referencia a un paciente que ingresa en un hospital y que ocupa una cama durante la noche o más, por razones médicas. Un ejemplo de hospitalización es la cirugía después de un infarto de miocardio en el que el paciente se recuperará en el hospital durante la noche.
- **Paciente en consulta externa** hace referencia a un paciente que es admitido en un hospital o unidad de pacientes ambulatorios u otro centro médico para recibir tratamiento o porque necesita un período de recuperación supervisada por un médico, pero que no ocupa una cama durante la noche. Un ejemplo de paciente ambulatorio sería acudir al hospital para recibir quimioterapia como parte del tratamiento oncológico o someterse a una endoscopia como parte de las pruebas diagnósticas.
- **Paciente ambulatorio** hace referencia a un paciente que asiste a un hospital, consultorio o clínica ambulatoria para recibir tratamiento pero que no se admite como paciente de consultas externas u hospitalizado y no ocupa una cama. Un ejemplo de tratamiento ambulatorio sería acudir a una consulta ambulatoria para someterse a una extirpación de lunares en la que no es necesario ingresar en el hospital y no se requiere anestesia general para el procedimiento.

Algunas prestaciones (atención oncológica, imágenes médicas avanzadas y salud mental) incluidas en el Seguro médico internacional cubren el tratamiento en régimen de hospitalización, en consulta externa y ambulatorio. Para todas las demás prestaciones, deberá añadir el módulo opcional de Asistencia ambulatoria internacional para estar cubierto en caso de tratamiento ambulatorio, tal y como se indica en las descripciones de las prestaciones.

Es importante tener en cuenta que se requiere **autorización previa** para todos los tratamientos en régimen de hospitalización y en consulta externa. Consulte la [página 9](#) para obtener información adicional sobre la autorización previa y la [página 2](#) para obtener los datos de contacto. Para conocer todas las exclusiones generales, consulte el documento Normas de la póliza que encontrará en su Área Privada de Asegurado.

	Silver	Gold	Platinum
<p>Máximo total anual de prestación: por beneficiario y por período de cobertura Esto incluye las solicitudes de reembolso pagadas en todas las secciones del Seguro médico internacional.</p>	1.000.000 USD 800.000 EUR 650.000 GBP	2.000.000 USD 1.600.000 EUR 1.300.000 GBP	Ilimitado
<p>Cargos hospitalarios Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por período de cobertura. Esta prestación requiere autorización previa.</p>	Ilimitado Habitación individual	Ilimitado Habitación individual	Ilimitado Habitación individual
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería y alojamiento para tratamiento hospitalario y diurno, así como sala de recuperación • Quirófano • Medicamentos recetados, fármacos y apósitos para el tratamiento hospitalario o diurno únicamente • Patología, radiología y pruebas diagnósticas (excluidas las pruebas de imagen médica avanzada). Las imágenes médicas avanzadas están cubiertas por una prestación específica) • Cuidados intensivos: terapia intensiva, cuidados coronarios y unidad de alta dependencia • Honorarios de cirujanos y anestesistas • Honorarios de consulta con médicos especialistas en régimen hospitalario o diurno • Tratamiento dental hospitalario de urgencia. <p>Colaboraremos con usted y su médico para asegurarnos de que recibe la atención y el tratamiento adecuados en el centro médico apropiado.</p> <p>Nota importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagaremos los tratamientos ambulatorios relacionados con: cáncer, salud mental y resonancia magnética. Los demás tratamientos ambulatorios solo se cubrirán si el beneficiario ha adquirido la opción de Asistencia ambulatoria internacional. 			

Estancia para un padre o tutor	Silver	Gold Actualizado	Platinum
	Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura. Esta prestación requiere autorización previa.	1000 USD 740 EUR 665 GBP	2000 USD 1480 EUR 1330 GBP

Si un beneficiario menor de 18 años necesita y requiere tratamiento hospitalario y ha de pernoctar en el hospital, pagaremos también el alojamiento en el hospital de uno de los padres o el tutor legal, si existe alojamiento disponible en el mismo hospital y el coste es razonable.
Pagaremos únicamente el alojamiento en el hospital para uno de los padres o el tutor legal si el tratamiento que reciba el beneficiario durante su estancia en el hospital está cubierto por esta póliza.

Pandemias, epidemias y enfermedades infecciosas	Silver	Gold	Platinum
	Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por período de cobertura. Esta prestación requiere autorización previa.	Ilimitado	Ilimitado

Cubriremos el tratamiento médicamente necesario para la enfermedad o afección resultante de una pandemia, epidemia o brote de una enfermedad infecciosa, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
El tratamiento médicamente necesario y las afecciones médicas relacionadas se cubrirán en régimen hospitalario y ambulatorio. Solo pagaremos los tratamientos para pacientes ambulatorios si el beneficiario tiene cobertura bajo la opción de Asistencia ambulatoria internacional.

Nota importante:

Las pruebas médicamente necesarias realizadas en régimen ambulatorio (por ejemplo, a domicilio o en un centro de diagnóstico) en caso de pandemia, epidemia o brote de enfermedad infecciosa solo estarán cubiertas por la prestación de patología, radiología y pruebas diagnósticas incluidas en el módulo Asistencia ambulatoria internacional. Estas pruebas diagnósticas ambulatorias, recomendadas según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estarán cubiertas del mismo modo que los diagnósticos para otras enfermedades.

Subsidio en metálico para pacientes hospitalizados	Silver	Gold Actualizado	Platinum
	Por noche hasta 30 días por beneficiario y período de cobertura.	100 USD 75 EUR 65 GBP	150 USD 120 EUR 95 GBP

Efectuaremos un pago en efectivo directamente al beneficiario cuando:

- reciba tratamiento en un hospital que esté cubierto por este plan;
- pernocte en un hospital; y
- el hospital no cobre honorarios por la habitación, comidas y costes de tratamiento al beneficiario, cualquier compañía de seguros y/o cualquier autoridad local estatal o gubernamental pertinente.

	Silver	Gold	Platinum
Accidentes y tratamiento en urgencias Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	500 USD 370 EUR 335 GBP	1000 USD 740 EUR 665 GBP	2000 USD 1600 EUR 1300 GBP

Pagaremos el tratamiento de urgencias necesario realizado de forma ambulatoria en el servicio de urgencias y accidentes de un hospital a consecuencia de un accidente, una enfermedad repentina o situaciones de peligro de muerte, y donde el beneficiario no ocupe una cama durante una noche por motivos médicos.

Notas importantes:

- Si ha seleccionado la opción Asistencia ambulatoria internacional, se aplica en primer lugar esta prestación y los límites y posteriormente pueden utilizarse las prestaciones de Asistencia ambulatoria internacional aplicables.
- No se aplicará ninguna franquicia ni copago que haya seleccionado en la cobertura principal del Seguro médico internacional ni en la opción de Asistencia ambulatoria internacional a esta prestación para ninguno de los tres planes.

	Silver	Gold	Platinum
Servicios de trasplante Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por período de cobertura. Esta prestación requiere autorización previa.	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado

Pagaremos el tratamiento hospitalario y diurno directamente relacionado con un trasplante de órgano para un beneficiario si dicho trasplante es necesario desde el punto de vista médico y el órgano a trasplantar ha sido donado por una fuente verificada y legítima. También cubriremos todos los medicamentos antirrechazo tras un trasplante.

Si un beneficiario necesita un trasplante de órgano (independientemente de si el donante está cubierto por esta póliza), cubriremos:

- la extracción del órgano o la médula ósea;
- cualesquiera pruebas de compatibilidad de tejidos o procedimientos médicamente necesarios;
- los gastos de hospital del donante; y
- los gastos que se contraigan si el donante sufre complicaciones, durante un periodo de 30 días desde su intervención.

	Silver	Gold	Platinum
Hemodiálisis Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por período de cobertura. Esta prestación requiere autorización previa.	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado

- El tratamiento de diálisis estará cubierto si dicho tratamiento está disponible en el país de residencia del beneficiario. Pagaremos en régimen hospitalario, ambulatorio o de atención externa.
- Pagaremos el tratamiento de diálisis fuera del país de residencia habitual del beneficiario si el país donde se presta dicho tratamiento se encuentra dentro del área de cobertura seleccionada por el beneficiario. Esta prestación se pagará por paciente externo. No se cubrirán los gastos de viaje y alojamiento relacionados con dicho tratamiento.

	Silver	Gold	Platinum
Pruebas de imagen médica avanzada (RMN, TC y TEP) Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura. Esta prestación requiere autorización previa tanto para hospitalización, tratamientos en consulta externa y ambulatorios.	10.000 USD 7400 EUR 6650 GBP	15.000 USD 12.000 EUR 9650 GBP	Ilimitado

Abonaremos las imágenes médicas avanzadas si han sido recomendadas por un facultativo médico como parte de un tratamiento hospitalario, consultas externas o ambulatorio del beneficiario.

Nota importante:

Esta prestación está sujeta a cualquier franquicia o copago que haya seleccionado en la cobertura principal del Seguro médico internacional para cualquier tratamiento avanzado de diagnóstico por imagen, incluidas las resonancias magnéticas, las tomografías computarizadas y las tomografías por emisión de positrones realizadas en régimen ambulatorio.

	Silver	Gold	Platinum
<p>Rehabilitación</p> <p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa.</p>	<p>5000 USD 3700 EUR 3325 GBP Hasta 30 días</p>	<p>10.000 USD 7400 EUR 6650 GBP Hasta 60 días</p>	<p>Ilimitado Hasta 90 días</p>

Pagaremos los tratamientos de rehabilitación que incluyan fisioterapia física, ocupacional, cardíaca, pulmonar, cognitiva y logopedia hasta los límites de prestaciones y el límite de días indicados con anterioridad.

Solamente pagaremos el tratamiento de rehabilitación inmediatamente después de una operación quirúrgica o de un episodio traumático. Si el tratamiento de rehabilitación debe administrarse en un centro de rehabilitación residencial, abonaremos el alojamiento y la comida.

Para determinar cuándo se ha alcanzado el límite por día, contamos cada pernoctación en la que el beneficiario reciba tratamiento hospitalario y/o diurno como un día.

Nota importante:

Solamente aprobaremos el tratamiento de rehabilitación si el especialista a cargo del paciente nos proporciona un informe en el que se explique cuánto tiempo necesitará permanecer el beneficiario en el hospital, el diagnóstico y el tratamiento que el beneficiario ha recibido o necesita recibir.

La rehabilitación es la terapia física, de logopedia y ocupacional con fines de tratamiento destinada a devolver al beneficiario su estado de salud anterior tras un suceso.

	Silver	Gold	Platinum
<p>Atención domiciliaria</p> <p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa.</p>	<p>2500 USD 1850 EUR 1650 GBP Hasta 30 días</p>	<p>5000 USD 3700 EUR 3325 GBP Hasta 60 días</p>	<p>Ilimitado Hasta 120 días</p>

Solamente pagaremos la atención domiciliaria si la administra un enfermero o enfermera cualificado en el hogar del beneficiario y comprende la atención médica necesaria que normalmente se proporcionaría en un hospital. No pagaremos la atención domiciliaria que proporcione únicamente atención no médica o asistencia personal.

Pagaremos la atención domiciliaria a un beneficiario en los siguientes casos:

- la ha recomendado un especialista tras un tratamiento en régimen de hospitalización o diurno que está cubierto por esta póliza;
- comienza inmediatamente después de que el beneficiario abandone el hospital; y
- reduce la cantidad de tiempo que necesite estar el beneficiario en el hospital.

	Silver	Gold	Platinum
<p>Acupuntura y medicina china</p> <p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa.</p>	<p>1500 USD 1100 EUR 1000 GBP</p>	<p>2500 USD 1850 EUR 1650 GBP</p>	<p>Ilimitado</p>

Solamente pagaremos los costes de acupuntura y medicina china si son el tratamiento primario para el que el beneficiario se encuentra en el hospital.

El acupuntor y el practicante de medicina china debe ser un profesional debidamente cualificado que tenga la licencia apropiada en el país donde se reciba el tratamiento.

Cuidados paliativos	Silver	Gold	Platinum
<p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa.</p>	<p>35.000 USD 25.900 EUR 23.275 GBP</p>	<p>60.000 USD 44.400 EUR 38.400 GBP</p>	<p>Ilimitado</p>
<p>Pagaremos el coste de cuidados paliativos si un beneficiario recibe un diagnóstico terminal y su esperanza de vida es inferior a seis meses y no existen tratamientos disponibles eficaces que ayudarían a su recuperación.</p> <p>Pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención domiciliaria; • Alojamiento y atención hospitalaria o de hospicio en régimen de hospitalización o diurno; • Medicamentos recetados, y • Atención física y psicológica. 			

Prótesis	Silver	Gold	Platinum
<p>Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por período de cobertura.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa.</p>	<p>Ilimitado</p>	<p>Ilimitado</p>	<p>Ilimitado</p>
<p>Pagaremos los dispositivos protésicos internos y externos que sean necesarios como parte de un tratamiento del beneficiario, con sujeción a los límites explicados a continuación.</p> <p>Pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una prótesis que sea una parte necesaria del tratamiento inmediatamente después de la intervención quirúrgica durante el tiempo que sea médicamente necesario y/o sea parte del proceso de recuperación a corto plazo; • un dispositivo protésico externo inicial (pero ningún dispositivo de repuesto) para beneficiarios mayores de 18 años por período de cobertura. <p>Pagaremos cualquier dispositivo protésico externo inicial y hasta dos dispositivos de reemplazo para los beneficiarios menores de 17 años por período de cobertura.</p> <p>Si un beneficiario necesita un dispositivo protésico de repuesto durante el período de cobertura, solicitaremos un informe médico adecuado.</p> <p>Nota importante:</p> <p>Una prótesis es un miembro artificial o una herramienta que se requiere con el fin de una intervención quirúrgica o en relación con ella; o que es una parte necesaria del tratamiento inmediatamente posterior a una intervención quirúrgica durante el tiempo que requiera la necesidad médica; o que es médicamente necesaria y forma parte del proceso de recuperación a corto plazo.</p>			

Servicio de ambulancia aérea y ambulancia local	Silver	Gold	Platinum
<p>Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por período de cobertura.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa.</p>	<p>Ilimitado</p>	<p>Ilimitado</p>	<p>Ilimitado</p>
<p>Cuando sea médicamente necesario y esté relacionado con una afección cubierta, pagaremos una ambulancia local o aérea para trasladar a un beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • desde el lugar de un accidente o lesión hasta un hospital; • de un hospital a otro, o • desde su hogar a un hospital. <p>Notas importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo pagaremos una ambulancia aérea local cuando proceda, como un helicóptero, para transportar a un beneficiario al centro de excelencia médica más cercano (al que se accede por carretera/ambulancia dentro del mismo país) cuando sea médicamente adecuado. • Esta póliza no cubre servicios de rescate en montaña. • La ambulancia por carretera o aérea es solo para traslados dentro del mismo país. Para el traslado médico transfronterizo, esto estaría cubierto por la Evacuación médica. • La cobertura de evacuación médica o repatriación está disponible exclusivamente si tiene cobertura conforme a la opción de Evacuación internacional y Crisis Assistance Plus[®]. Consulte la página 40 de esta Guía del cliente para conocer los detalles sobre dicha opción. 			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Asistencia de salud mental y conductual</p> <p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa para los tratamientos en régimen de hospitalización y de consulta externa. No se requiere autorización previa para ningún tratamiento ambulatorio en el marco de esta prestación.</p>	<p>5000 USD 3700 EUR 3325 GBP Hasta 30 días* <i>(tratamiento hospitalario y ambulatorio)</i></p>	<p>10.000 USD 7400 EUR 6650 GBP Hasta 60 días* <i>(tratamiento hospitalario y ambulatorio)</i></p>	<p>Ilimitado Hasta 90 días* <i>(tratamiento hospitalario y ambulatorio)</i></p>

- Pagaremos:
- Tratamiento basado en evidencias y médicamente necesario recomendado por un médico.
- Tratamiento hospitalario, diurno o ambulatorio llevado a cabo por un psicólogo o psiquiatra autorizado para ello bajo las leyes de ese país. Esto incluye los servicios ambulatorios de salud mental para disforia de género.
- El diagnóstico de adicciones (incluido el alcoholismo).

Tratamiento de adicciones

- Pagaremos un curso o programa de tratamiento de adicciones en un centro especializado que ofrezca tratamiento basado en la evidencia, si dicho tratamiento es médicamente necesario y recomendado por un médico, hasta el límite la prestación.
- Pagamos hasta tres intentos de desintoxicación, después de lo cual solo pagaremos por otro tratamiento de desintoxicación si el beneficiario completa un curso o programa formal ambulatorio de tratamiento de adicciones.
- No pagaremos ningún otro tratamiento relacionado con el alcoholismo o la adicción; ni el tratamiento de cualquier afección relacionada (como depresión, demencia o insuficiencia hepática); cuando creamos razonablemente que la afección que requiere tratamiento fue resultado directo del alcoholismo o la adicción.

Autismo y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Pagaremos:

- Costes médicos, incluidas visitas al médico y pediatra en relación con Autismo y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) solo de manera ambulatoria y cuando sea un tratamiento basado en evidencias y médicamente necesario.
- Evaluación y pruebas de diagnóstico de Autismo y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) cuando existan síntomas.
- Terapia conductual cuando sea médicamente necesario según un tratamiento basado en evidencias.

No abonaremos lo siguiente:

- Intervención educativa, logopedia y cualquier dispositivo de ayuda al habla.
- Fármacos con prescripción o medicamentos prescritos de forma ambulatoria para ninguno de estos cuadros clínicos, a menos que haya adquirido la opción de Asistencia ambulatoria internacional.

* El límite diario solo se aplica a tratamientos en régimen hospitalario y ambulatorio.

Nota importante:

Esta prestación está sujeta a cualquier deducible o copago que haya seleccionado en la cobertura principal del Seguro médico internacional para cualquier atención de salud mental y conductual, incluido cualquier tratamiento de salud mental que tenga lugar en régimen ambulatorio.

	Silver	Gold	Platinum
<p>Tratamiento para la obesidad</p> <p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.</p> <p>Disponibile cuando el beneficiario haya recibido cobertura durante 24 meses o más.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa.</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>70 % de reembolso hasta: 20.000 USD 14.800 EUR 13.300 GBP</p>	<p>80 % de reembolso hasta: 25.000 USD 18.500 EUR 16.500 GBP</p>

Pagaremos la cirugía de obesidad a los beneficiarios mayores de 18 años en aquellas circunstancias donde existan evidencias documentadas de que todos los demás métodos de pérdida de peso, incluidos, entre otros, clases de adelgazamiento, programas de nutrición, ayudas y fármacos, se hayan intentado en los últimos 24 meses. Tenga en cuenta que no cubriremos ningún coste relacionado con clases de adelgazamiento, programas de nutrición, ayudas y medicamentos antes o después de la intervención quirúrgica.

Notas importantes:

- El beneficiario debe tener un índice de masa corporal (IMC) de 40 o superior y se le debe haber diagnosticado obesidad mórbida y;
- Ha de poder proporcionar pruebas documentadas de otros métodos de pérdida de peso que haya estado intentando durante los últimos 24 meses y;
- Debe haber pasado por una evaluación psicológica que haya confirmado que es apropiado para él someterse al procedimiento

Cirugía oncológica preventiva Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por beneficiario y por período hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por beneficiario y por período de cobertura. Disponible cuando el beneficiario ha estado cubierto por la póliza durante 12 o más meses. Esta prestación requiere autorización previa.	Silver	Gold	Platinum
	Actualizado	Actualizado	Actualizado
	10.000 USD 7400 EUR 6650 GBP	18.000 USD 13.300 EUR 12.000 GBP	20.000 USD 14.800 EUR 13.300 GBP

Pagaremos la cirugía preventiva a aquellos beneficiarios que tengan un historial familiar significativo de una enfermedad que es parte de un síndrome de cáncer hereditario (como cáncer de ovarios), si se ha sometido a pruebas genéticas para establecer la presencia de un síndrome de cáncer hereditario.

Solamente pagaremos la prueba genética si el beneficiario está cubierto por la opción Gold o Platinum de asistencia ambulatoria internacional.

Atención oncológica Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por período de cobertura. Esta prestación requiere autorización previa tanto para hospitalización, tratamientos en consulta externa y ambulatorios.	Silver	Gold	Platinum
	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado

Tras un diagnóstico de cáncer pagaremos los costes del tratamiento del mismo si consideramos que el tratamiento es un tratamiento activo y basado en evidencias. Incluye quimioterapia, radioterapia, oncología, pruebas diagnósticas y fármacos, tanto si el beneficiario pasa la noche en el hospital como si recibe tratamiento como paciente ambulatorio o en consulta externa.

Notas importantes:

- Solamente pagaremos la prueba genética si el beneficiario está cubierto por la opción Gold o Platinum de asistencia ambulatoria internacional.
- Cualquier tratamiento ambulatorio, incluidos los medicamentos prescritos, relacionado con la atención oncológica estará cubierto por esta prestación incluida en la cobertura principal de su Seguro médico internacional, en lugar de cualquier prestación ambulatoria incluida en el módulo opcional de Asistencia ambulatoria internacional.

Aparatos relacionados con el cáncer Hasta el límite total indicado por asegurado y por aparato relacionado con el cáncer. Esta prestación requiere autorización previa.	Silver	Gold	Platinum
		Actualizado	Actualizado
	125 USD 100 EUR 85 GBP	250 USD 185 EUR 165 GBP	500 USD 370 EUR 335 GBP

Si un beneficiario recibe un diagnóstico de cáncer, nos haremos cargo de la compra de:

- Pelucas / pañuelos para pacientes oncológicos
- Sujetadores de mastectomía para pacientes oncológicos

Trastornos congénitos Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura. Esta prestación requiere autorización previa.	Silver	Gold	Platinum
	5000 USD 3700 EUR 3325 GBP	20.000 USD 14.800 EUR 13.300 GBP	50.000 USD 40.000 EUR 33.000 GBP

Pagaremos el tratamiento hospitalario o diurno de **afecciones congénitas** que se hayan manifestado antes del 18 cumpleaños de un beneficiario, independientemente de la edad del beneficiario en el momento del tratamiento.

Notas importantes:

- Cubrimos el tratamiento de **afecciones congénitas** únicamente en virtud de esta prestación específica y no en virtud de ninguna otra prestación indicada, a menos que se diagnostique dentro de los primeros 90 días de asistencia al recién nacido (véase la prestación para pacientes hospitalizados por asistencia al recién nacido) o después de que cumpla 18 años.
- Una **afección congénita** se diagnostique tras el 18 cumpleaños de un beneficiario. El tratamiento estará sujeto a los límites de prestación de asistencia hospitalaria y diurna.

Cobertura de hospitalización de urgencia fuera de área	Silver	Gold	Platinum
<p>Para beneficiarios que no tengan cobertura Mundial incluyendo EE. UU.</p> <p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa.</p>	<p>100.000 USD 75.000 EUR 65.000 GBP (Tratamiento hospitalario y ambulatorio)</p>	<p>250.000 USD 200.000 EUR 162.500 GBP (Tratamiento hospitalario y ambulatorio)</p>	<p>Ilimitado (Tratamiento hospitalario y ambulatorio)</p>
<p>Tratamiento de urgencia hospitalario y ambulatorio durante viajes breves por negocios o placer fuera de su área de cobertura.</p> <p>Notas importantes:</p> <p>Antes de iniciar el viaje, el beneficiario debe haber estado libre de tratamiento, síntomas y consejos de la enfermedad que requiere tratamiento de urgencia.</p> <p>La cobertura se limita a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una duración que no supere los 21 días de tratamiento por viaje; y • un máximo de 60 días de tratamiento en total por período de cobertura para todos los viajes combinados. <ul style="list-style-type: none"> • Si se ha adquirido la opción de Asistencia ambulatoria internacional bajo su póliza, los beneficiarios solo estarán cubiertos para tratamiento ambulatorio de urgencia fuera de la zona. La cobertura estará sujeta al límite de prestación general anual y a los límites de prestación individuales de Asistencia ambulatoria internacional. Tenga en cuenta que esta cobertura se añade a la cobertura de hospitalización de urgencia fuera del área de cobertura (para tratamientos hospitalarios y de consulta externa), descrita en esta prestación. • Los cargos relacionados con la maternidad, embarazo, alumbramiento o cualquier complicación en el embarazo o el alumbramiento quedan excluidos de esta Cobertura de hospitalización de urgencia fuera de área. • Esta prestación no es de aplicación si se ha seleccionado la opción de cobertura Mundial incluido Estados Unidos. • Pediremos pruebas de su entrada y salida de EE. UU.. • Esta opción no está disponible si su país de residencia habitual es EE. UU. • Recibir tratamiento médico no puede ser uno de los objetivos del viaje. • El tratamiento de urgencia solo es aplicable si usted no puede beneficiarse de ninguna prestación sanitaria gratuita proporcionada por el estado en ese país. <p>Un tratamiento de urgencia es un tratamiento médicamente necesario para evitar los efectos inmediatos e importantes de cualquier enfermedad, lesión o trastorno que, de no recibir tratamiento, podrían dar lugar a un deterioro considerable de la salud. Solamente están cubiertos los tratamientos médicos administrados por un doctor o médico, y las hospitalizaciones que comiencen dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la urgencia médica.</p>			

Global Telehealth

Global Telehealth con Teladoc	Silver	Gold	Platinum
<p>Hasta el límite total indicado por asegurado y por período de cobertura.</p>	<p>Consultas ilimitadas</p>	<p>Consultas ilimitadas</p>	<p>Consultas ilimitadas</p>
<p>Tiene acceso a consultas médicas ilimitadas por videollamada y teléfono a través de la aplicación Cigna Wellbeing®, o a través de una derivación de nuestro equipo de Atención al Cliente en caso de problemas de salud no urgentes. Se incluyen, entre otros aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de problemas de salud que no sean urgencias, desde afecciones agudas hasta afecciones crónicas complejas • Tratamiento de afecciones médicas: fiebre, erupciones cutáneas y dolores • Atención médica pediátrica no urgente • Preparativos para una próxima consulta • Explicación de un plan de medicación y sus posibles efectos secundarios • Recetas médicas para problemas de salud comunes, cuando sean médicamente necesarias y estén permitidas <p>Notas importantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede acceder a Global Telehealth a través de la aplicación Cigna Wellbeing®. Consulte la página 14 para más información sobre cómo descargar la aplicación y registrarse. En la pantalla de inicio de la aplicación, pulse el icono «Get Care» y seleccione «Global Telehealth». Una vez que haya aceptado los Términos y condiciones y la Política de Privacidad, seleccione «Programar consulta» y proceda a reservar su consulta seleccionando «consulta telefónica» o «videoconsulta» y, a continuación, siga los pasos. • Si solicita que le llamen más tarde, un médico le devolverá la llamada el mismo día, en función de la disponibilidad lingüística. Al solicitar una videoconsulta, podrá elegir el día y la hora que más le convengan. Recomendamos que abra la aplicación 10 minutos antes de la hora prevista. • Solo se permite prescripción de medicamentos cuando el médico tenga licencia para ello en el estado o el país en que se haya suscrito la póliza. Debe haber adquirido el módulo opcional de asistencia ambulatoria internacional para recibir la cobertura de la prestación de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y de apósitos. • Si ha seleccionado un deducible o un copago para el tratamiento ambulatorio, deberá pagarlo si le recetan medicamentos. 			

Atención a los padres y al bebé

	Silver	Gold	Platinum
<p>Maternidad sin complicaciones (Exclusivamente planes Gold y Platinum)</p> <p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.</p> <p>Disponibles una vez que la madre ha tenido cobertura conforme a la póliza durante 12 meses o más*.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa.</p>	Sin cobertura	<p>7000 USD 5500 EUR 4500 GBP</p>	<p>14.000 USD 11.000 EUR 9000 GBP</p>
<p>Pagaremos el siguiente tratamiento, en régimen de hospitalización o diurno, según proceda, si la madre ha sido beneficiaria de esta póliza durante un período continuo de al menos 12 meses o más*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • honorarios de hospital, tocólogos y comadronas en partos rutinarios; y • los honorarios resultantes de los cuidados postnatales requeridos por la madre inmediatamente después de un parto rutinario. <p>No pagaremos la gestación subrogada ni ningún tratamiento relacionado. No pagaremos el tratamiento ni los cuidados por maternidad a una beneficiaria que actúe como madre de alquiler ni a ninguna persona que actúe como madre de alquiler para un beneficiario.</p> <p>Nota importante:</p> <p>*En el caso de tratamientos recibidos en Hong Kong o Singapur, esta prestación solo estará disponible cuando la madre lleve siendo beneficiaria de esta póliza durante un período continuado de, al menos, 24 meses.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Maternidad con complicaciones (Exclusivamente planes Gold y Platinum)</p> <p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.</p> <p>Disponibles una vez que la madre ha tenido cobertura conforme a la póliza durante 12 meses o más*.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa tanto para hospitalización, en consulta externa y tratamientos ambulatorios.</p>	Sin cobertura	<p>14.000 USD 11.000 EUR 9000 GBP</p>	<p>28.000 USD 22.000 EUR 18.000 GBP</p>
<p>Pagaremos el tratamiento en régimen de hospitalización o ambulatorio relacionado con complicaciones derivadas del embarazo o el parto si la madre ha sido beneficiaria con arreglo a esta póliza durante un período continuado de al menos 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta parte de la póliza no proporciona cobertura para los partos en el hogar. • Pagaremos una cesárea únicamente cuando sea médicamente necesaria. Si no podemos confirmar que era médicamente necesaria, pagaremos exclusivamente hasta el límite de la cobertura de cuidados rutinarios de la prestación por maternidad de la madre. <p>No pagaremos la gestación subrogada ni ningún tratamiento relacionado. No pagaremos el tratamiento ni los cuidados por maternidad a una beneficiaria que actúe como madre de alquiler ni a ninguna persona que actúe como madre de alquiler para un beneficiario.</p> <p>Nota importante:</p> <p>*En el caso de tratamientos recibidos en Hong Kong o Singapur, esta prestación solo estará disponible cuando la madre lleve siendo beneficiaria de esta póliza durante un período continuado de, al menos, 24 meses.</p>			

	Silver	Gold	Platinum
<p>Parto en casa (Exclusivamente planes Gold y Platinum)</p> <p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.</p> <p>Disponibles una vez que la madre ha tenido cobertura conforme a la póliza durante 12 meses o más*.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa.</p>	Sin cobertura	<p>500 USD 370 EUR 335 GBP</p>	<p>1100 USD 850 EUR 700 GBP</p>
<p>Pagaremos los honorarios de comadronas y especialistas relacionados con los partos en casa rutinarios si la madre ha sido beneficiaria de esta póliza durante un período continuado de 12 meses o más*.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obsérvese que la cobertura de Complicaciones derivadas de la maternidad 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 lista de prestaciones. <p>Nota importante:</p> <p>*En el caso de tratamientos recibidos en Hong Kong o Singapur, esta prestación solo estará disponible cuando la madre lleve siendo beneficiaria de esta póliza durante un período continuado de, al menos, 24 meses.</p>			

Atención para recién nacidos	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total reflejado en su plan seleccionado por período de cobertura en los primeros 90 días tras el parto. Disponible una vez que uno de los padres haya tenido cobertura conforme la póliza durante 12 meses o más*. Esta prestación requiere autorización previa.	25.000 USD 18.500 EUR 16.500 GBP	75.000 USD 55.500 EUR 48.000 GBP	156.000 USD 122.000 EUR 100.000 GBP

Para poder prestar cualquier tipo de asistencia o tratamiento a un recién nacido, primero hay que añadirlo a la póliza, lo que supondrá una prima adicional, junto con el tomador del seguro. Consulte a continuación los criterios de elegibilidad para añadir a un recién nacido.

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
- todos los tratamientos hospitalarios y diurnos necesarios para el bebé durante los primeros 90 días tras el parto en lugar de cualquier otra prestación hospitalaria o diurna.

Notas importantes:

Añadir el recién nacido a la póliza:

- Si al menos un (1) progenitor ha estado cubierto por la póliza durante un periodo continuado de doce (12) meses o más* antes del nacimiento del recién nacido, no pediremos ninguna información sobre la salud del recién nacido ni ningún examen médico si recibimos la solicitud de inclusión del recién nacido en la póliza en un plazo de treinta (30) días desde la fecha de nacimiento del recién nacido. Sin embargo, si recibimos una solicitud en un plazo superior a treinta (30) días tras la fecha de nacimiento del recién nacido, el recién nacido estará sujeto a evaluación médica.
- Si ninguno de los progenitores ha estado cubierto por la póliza durante un periodo de doce (12) meses consecutivos o más* antes de la fecha de nacimiento del recién nacido, el recién nacido estará sujeto a evaluación médica, y usted podrá presentar una solicitud para añadir al recién nacido. Si se requiere evaluación médica para el recién nacido, le informaremos sobre si le ofreceremos cobertura al recién nacido y, en tal caso, cualquier condición o exclusión especial que se deba aplicar. La cobertura no comenzará antes de la fecha en que acepte las condiciones que ofrecemos.
- Los niños nacidos por gestación subrogada o adoptados podrán estar cubiertos por esta prestación, pero estarán sujetos a una suscripción médica, independientemente de la duración de la cobertura de esta póliza por parte de cualquiera de los padres. Una vez cumplimentado el cuestionario médico de salud, le informaremos de si ofreceremos cobertura al neonato y, en caso afirmativo, de las condiciones particulares y las exclusiones que pudieran resultar de aplicación. La cobertura no comenzará antes de la fecha en que acepte las condiciones que ofrecemos.

Cualquier tratamiento requerido para las [afecciones congénitas](#) de un recién nacido estará cubierto por esta prestación durante los primeros 90 días tras el nacimiento, según los términos de esta prestación. Si la **afección congénita** se diagnostica después de los primeros 90 días del recién nacido, cualquier tratamiento relacionado con la **afección congénita** estará cubierto por la prestación «Afecciones congénitas», tal como se describe en la [página 22](#), y está sujeto a las condiciones de inclusión del recién nacido en la póliza como se detalla anteriormente.

*En el caso de tratamientos recibidos en Hong Kong o Singapur, esta prestación solo estará disponible cuando cualquiera de los progenitores lleve siendo beneficiario de esta póliza durante un periodo continuado de, al menos, 24 meses.

Sus opciones de franquicia y copago

Franquicia	0 USD	0 EUR	0 GBP
El deducible es la cantidad que se debe pagar antes de que cualquier solicitud de reembolso quede cubierta por su plan.	375 USD	275 EUR	250 GBP
	750 USD	550 EUR	500 GBP
	1500 USD	1100 EUR	1000 GBP
	3000 USD	2200 EUR	2000 GBP
	7500 USD	5500 EUR	5000 GBP
	10.000 USD	7400 EUR	6650 GBP

Copago tras la cantidad de franquicia	En primer lugar, escoja su porcentaje de copago:
El copago es el porcentaje de cada solicitud de reembolso que no está cubierto por su plan.	0 % / 10 % / 20 % / 30 %

Desembolso máximo	A continuación, escoja su desembolso máximo:
El desembolso máximo es la cantidad máxima de copago que usted tendría que pagar en un período de cobertura. La cantidad de copago se calcula después de tener en cuenta el deducible. Solo las cantidades que usted paga relacionadas con el copago contribuyen al desembolso máximo.	2000 USD 1480 EUR 1330 GBP
	5000 USD 3700 EUR 3325 GBP

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



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

Asistencia ambulatoria internacional

Módulo opcional

El módulo opcional de Asistencia ambulatoria internacional proporciona una asistencia ambulatoria más completa cuando no se requiere una admisión en el hospital como paciente diurno u hospitalización, incluidas consultas con especialistas, fármacos y apósitos de ambulatorio prescritos, rehabilitación, pruebas oncológicas genéticas y mucho más.

Según nuestra definición, por paciente ambulatorio se entiende un paciente que acude a un servicio ambulatorio de un hospital, a una consulta o a una clínica ambulatoria para recibir tratamiento, pero que no está ingresado en régimen de hospitalización ni ocupa una cama.

No necesita solicitar autorización previa para la mayoría de las prestaciones ambulatorias internacionales. No obstante, se requiere autorización previa para las siguientes prestaciones ambulatorias:

- Pruebas genéticas
- Investigaciones y tratamiento de la infertilidad
- Tratamientos de fisioterapia, quiropráctica y osteopatía cuando haya sobrepasado las 10 sesiones (Nota: no se requiere autorización previa para las 10 primeras sesiones remitidas por un médico).
- Fármacos y apósitos prescritos para más de 3 meses

Para cualquier otro tratamiento en el marco del módulo de asistencia ambulatoria internacional, no necesita ponerse en contacto con nosotros para solicitar una autorización previa.

Si no obtiene de nosotros la autorización previa necesaria, es posible retrasos en la tramitación de las solicitudes de reembolso y reduciremos el importe que pagaremos por ese tratamiento en un 20 %.

	Silver	Gold	Platinum
Máximo total anual de prestación: por beneficiario y por período de cobertura			
Esto incluye las solicitudes de reembolso pagadas en todas las secciones de la <i>Asistencia ambulatoria</i> internacional.	15.000 USD 12.000 EUR 9650 GBP	35.000 USD 25.900 EUR 23.275 GBP	Ilimitado

	Silver	Gold Actualizado	Platinum
Consultas y procedimientos ambulatorios con médicos y especialistas			
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.	2500 USD 1850 EUR 1650 GBP	7500 USD 6000 EUR 4825 GBP	Ilimitado

- Pagaremos las consultas, reuniones y consultas virtuales por teléfono o vídeo con un médico que sean necesarias para diagnosticar una enfermedad, o para organizar o recibir tratamiento.
- Pagaremos el tratamiento no quirúrgico ambulatorio recomendado por un especialista como médicamente necesario.

Notas importantes:

- Los gastos de consulta virtual no deben superar el coste de una consulta presencial equivalente. Los gastos que se consideren excesivos, no razonables o inusuales no estarán cubiertos o el importe de la prestación que se abone será menor.
- Solo se podrá acceder a consultas virtuales cuando estén disponibles y sea médicamente apropiado.

Apósitos y fármacos con prescripción	Silver	Gold	Platinum
<p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.</p>	<p>1500 USD 1100 EUR 1000 GBP</p>	<p>4500 USD 3300 EUR 3000 GBP</p>	<p>Ilimitado</p>
<p>Pagaremos los medicamentos y apósitos con receta prescritos por un facultativo médico de forma ambulatoria.</p>			
<p>Nota importante: La medicación recetada por un médico en los EE. UU. y/o entregada por una farmacia en los EE. UU. está sujeta a nuestro vademécum.</p>			

Patología, radiología y pruebas diagnósticas (excluidas las pruebas de imagen médica avanzada)	Silver	Gold	Platinum
<p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.</p>	<p>2500 USD 1850 EUR 1650 GBP</p>	<p>5000 USD 3700 EUR 3325 GBP</p>	<p>Ilimitado</p>
<p>Pagaremos las pruebas siguientes cuando sean médicamente necesarias y hayan sido recomendadas por un especialista como parte del tratamiento ambulatorio de un beneficiario:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • pruebas de sangre y orina; • radiografías; • ecografías; • electrocardiogramas (ECG), y • otras pruebas diagnósticas (excluyen las pruebas de imagen médica avanzada). 			
<p>Nota importante: En el marco de esta prestación, pagaremos las pruebas médicamente necesarias realizadas en régimen ambulatorio en caso de pandemia, epidemia o brote de enfermedades infecciosas, de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dichas pruebas diagnósticas ambulatorias no estarán cubiertas por la prestación de hospitalización por pandemias, epidemias y brotes de enfermedades infecciosas.</p>			

Rehabilitación ambulatoria	Silver	Gold Actualizado	Platinum
<p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa*.</p>	<p>5000 USD 3700 EUR 3325 GBP</p>	<p>15.000 USD 12.000 EUR 9650 GBP</p>	<p>Ilimitado</p>

Pagaremos:

- Fisioterapia ambulatoria;
- Terapia ocupacional ambulatoria;
- Osteopatía y tratamiento quiropráctico;
- Logopedia, y
- Rehabilitación cardíaca y pulmonar.

Notas importantes:

Tratamiento ambulatorio de fisioterapia, osteopatía y quiropráctico:

Pagaremos este tratamiento si es médicamente necesario y de carácter restaurativo para ayudarle a realizar sus actividades normales de la vida diaria. El tratamiento debe ser administrado por un médico con la cualificación debida que posee la licencia pertinente para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento. Están excluidos los tratamientos de medicina deportiva.

* Después de las 10 sesiones iniciales, será necesaria una autorización previa para continuar con estos tratamientos ambulatorios, que será revisada por nuestro equipo clínico en función de la necesidad médica.

Logopedia:

Pagaremos el tratamiento de logopedia restaurativo que sea necesario inmediatamente después del tratamiento que esté cubierto por esta póliza (por ejemplo, como parte de los cuidados de seguimiento de un beneficiario tras haber sufrido un infarto cerebral) y que un especialista confirme que es médicamente necesario a corto plazo.

La rehabilitación es la terapia física, de logopedia y ocupacional con fines de tratamiento destinada a devolver al beneficiario su estado de salud anterior tras un suceso.

Atención prenatal y posparto (Exclusivamente planes Gold y Platinum)	Silver	Gold	Platinum
<p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.</p> <p>Disponibles una vez que la madre ha tenido cobertura conforme a la póliza durante 12 meses o más*.</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>3500 USD 2750 EUR 2250 GBP</p>	<p>7000 USD 5500 EUR 4500 GBP</p>

- Pagaremos los cuidados prenatales y posnatales ambulatorios médicamente necesarios si la madre ha sido beneficiaria conforme a la opción de Asistencia ambulatoria internacional durante un periodo continuado de 12 meses o más*.
- Entre los ejemplos de tratamiento y pruebas prenatales se incluyen los siguientes:
 - 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); y
 - pruebas prenatales no invasivas (PPNI) para personas de alto riesgo.

Cuidado postnatal:

- Los gastos, incluyendo fármacos y apósitos recetados, resultantes de los cuidados posnatales requeridos por la madre inmediatamente después de un parto rutinario.

Nota importante:

* En el caso de aquellos beneficiarios cuyo país de residencia habitual sea Hong Kong o Singapur, esta prestación solo estará disponible cuando la madre lleve siendo beneficiaria de esta póliza durante un período continuado de, al menos, 24 meses.

	Silver	Gold	Platinum
<p>Investigaciones y tratamiento de la infertilidad</p> <p>Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por duración de la póliza.</p> <p>Disponible una vez que el beneficiario haya recibido cobertura mediante esta opción durante 24 meses o más.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa.</p>	Sin cobertura	Sin cobertura	<p>10.000 USD</p> <p>7400 EUR</p> <p>6650 GBP</p>

Pagaremos las investigaciones de la causa de la infertilidad si un especialista descarta cualquier causa médica y el beneficiario desconocía la existencia de un problema de infertilidad, y no había tenido ningún síntoma, cuando comenzó la cobertura de la póliza.

Si es necesario, pagaremos un máximo de 4 intentos de tratamiento de reproducción asistida hasta el límite total mostrado en el agregado, por la duración de la póliza. Esta prestación está disponible para los beneficiarios de hasta 41 años.

Notas importantes:

- Se requiere autorización previa para todas las investigaciones y tratamientos de infertilidad. Si no obtiene de nosotros la autorización previa necesaria, es posible retrasos en la tramitación de las solicitudes de reembolso y reduciremos el importe que pagaremos por ese tratamiento en un 20 %.
- No cubriremos exámenes o tratamientos de infertilidad a personas que intervengan como gestantes subrogadas para una persona beneficiaria.

	Silver	Gold	Platinum
<p>Terapia hormonal</p> <p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.</p>	<p>Actualizado</p> <p>500 USD</p> <p>370 EUR</p> <p>335 GBP</p>	<p>Actualizado</p> <p>1000 USD</p> <p>740 EUR</p> <p>665 GBP</p>	<p>Actualizado</p> <p>1500 USD</p> <p>1100 EUR</p> <p>1000 GBP</p>

Pagaremos la terapia hormonal cuando sea médicamente necesaria para tratar los síntomas de la menopausia, la testosterona baja y la disforia de género.

	Silver	Gold	Platinum
<p>Apnea del sueño</p> <p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.</p>	<p>1000 USD</p> <p>740 EUR</p> <p>665 GBP</p>	<p>1500 USD</p> <p>1100 EUR</p> <p>1000 GBP</p>	<p>2000 USD</p> <p>1480 EUR</p> <p>1330 GBP</p>

Tras la derivación de su médico, pagaremos un estudio del sueño o prueba de sueño en domicilio para diagnosticar si padece apnea del sueño.

Si se determina que un beneficiario padece apnea del sueño, pagaremos el alquiler de un dispositivo de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP) u otros aparatos orales que correspondan.

Una vez el beneficiario haya estado cubierto por esta opción durante un período continuado de, al menos, doce (12) meses y no esté disponible para el beneficiario el alquiler de un CPAP, pagaremos, cuando resulte médicamente necesario, la compra de un CPAP hasta el límite total de esta prestación correspondiente a su plan.

Pagaremos una operación quirúrgica si resulta adecuada desde el punto de vista médico.

	Silver	Gold	Platinum
<p>Pruebas genéticas</p> <p>Hasta el límite total reflejado para su plan seleccionado por beneficiario por duración de la póliza.</p> <p>Disponible una vez que el beneficiario haya recibido cobertura mediante esta opción durante 12 meses o más.</p> <p>Esta prestación requiere autorización previa.</p>	<p>Actualizado</p> <p>1000 USD</p> <p>740 EUR</p> <p>665 GBP</p>	<p>2000 USD</p> <p>1480 EUR</p> <p>1330 GBP</p>	<p>4000 USD</p> <p>2950 EUR</p> <p>2650 GBP</p>

Pagaremos una prueba genética a los beneficiarios con mayor riesgo de padecer afecciones como cáncer, fibrosis quística, enfermedad de Gaucher y síndrome de Rett, cuando sea médicamente necesaria y de acuerdo con las pruebas médicas.

Nota importante:

- Se requiere autorización previa para todas las pruebas genéticas. Si no obtiene de nosotros la autorización previa necesaria, es posible retrasos en la tramitación de las solicitudes de reembolso y reduciremos el importe que pagaremos por ese tratamiento en un 20 %.
- La lista de condiciones anterior se ofrece únicamente para fines de ejemplo. Los análisis genéticos se limitarán a los análisis de enfermedades hereditarias y multifactoriales, cuando resulte médicamente necesario y de acuerdo con las directrices clínicas de Cigna Healthcare.

Acupuntura y medicina china	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.	2500 USD 1850 EUR 1650 GBP	5000 USD 3700 EUR 3325 GBP	Ilimitado
Pagaremos un total máximo combinado de 15 consultas con un acupuntor y profesionales de la medicina china, 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.			

Equipamiento médico duradero	Silver	Gold	Platinum
Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por período de cobertura.	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Pagaremos el uso de aparatos médicos duraderos si dicho uso ha sido recomendado por un especialista como apoyo de un tratamiento del beneficiario cubierto por esta póliza. Solamente pagaremos un tipo de aparato médico por período de cobertura, que:			
<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 lesión. 			

Audífonos	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	500 USD 370 EUR 335 GBP	1000 USD 740 EUR 665 GBP	2000 USD 1480 EUR 1330 GBP
Esta prestación se abonará en relación a un audífono por período de cobertura, si es médicamente necesario y se prescribe para facilitar la vida cotidiana. Incluye solamente la compra de un par de audífonos originales pagados, pero no incluye un par de sustitución en el mismo período de cobertura si el par original se pierde o resulta dañado.			

Vacunación en adultos	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.	250 USD 185 EUR 165 GBP	Ilimitado	Ilimitado
Pagaremos determinadas vacunas e inmunizaciones que sean clínicamente apropiadas.			

Accidentes dentales	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.	1000 USD 740 EUR 665 GBP	Ilimitado	Ilimitado
Si un beneficiario precisa tratamiento dental como resultado de lesiones que haya sufrido en un accidente, pagaremos el tratamiento dental ambulatorio para todo diente natural sano dañado o afectado por el accidente, siempre y cuando el tratamiento comience inmediatamente después del accidente y finalice en un plazo de 30 días desde la fecha del accidente. Para aprobar este tratamiento, solicitaremos la confirmación del dentista que trate al beneficiario sobre:			
<ul style="list-style-type: none"> • la fecha del accidente, y • el hecho de que el diente o los dientes que sean objeto del tratamiento propuesto son dientes naturales sanos. 			
Pagaremos este tratamiento en lugar de cualquier otro tratamiento dental al que pueda tener derecho el beneficiario en virtud de esta póliza, cuando necesite tratamiento tras sufrir daños accidentales en uno o varios dientes. No pagaremos la reparación o provisión de implantes dentales, coronas o dentaduras postizas conforme a esta parte de la presente póliza.			

Salud y bienestar infantil y adolescente	Silver	Gold	Platinum
Hasta la prestación anual general máxima para su plan seleccionado por beneficiario por período de cobertura.	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
<p>Pagaremos la asistencia sanitaria y de bienestar infantil y adolescente en los intervalos de edad correspondientes, prestada por un médico para los siguientes servicios de cuidados preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluación del historial médico; • reconocimiento físico; • valoración del desarrollo; • orientación preventiva; y • inmunizaciones, vacunas y pruebas analíticas adecuadas. <p>Notas importantes:</p> <p>Las consultas sobre salud mental con un psiquiatra o psicólogo están cubiertas bajo la prestación de Salud mental y cuidado conductual bajo el Seguro médico internacional.</p> <p>Además, pagaremos lo siguiente:</p> <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 en la primera fecha de escolarización. • la detección sistemática de la retinopatía diabética para niños con diabetes. 			

Atención a personas de más de 60 años	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	500 USD 370 EUR 335 GBP	1000 USD 740 EUR 665 GBP	2000 USD 1480 EUR 1330 GBP
<p>Si un beneficiario tiene 60 años o más, o bien cumple 60 años durante el período de cobertura, y tiene una de las siguientes enfermedades tal y como se declara en su cuestionario médico (y es una exclusión especial según se describe en su Certificado de seguro) abonaremos el coste del tratamiento ambulatorio médicamente necesario asociado con el mantenimiento de dicha enfermedad: hipertensión, diabetes tipo 2, glaucoma, artritis, dolor de espalda o articular, osteoporosis/osteopenia.</p> <p>Notas importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si, durante la fase de solicitud, usted ha seleccionado la opción de tener una de las enfermedades anteriores cubiertas con una prima adicional, en los casos en los que la enfermedad esté cubierta completamente con base hospitalaria y ambulatoria (si se ha seleccionado la opción Asistencia ambulatoria internacional), esta prestación no será aplicable. • Algunos ejemplos de tratamiento y pruebas médicamente necesarias son: consultas con médicos, fármacos y apósitos recetados, patología y radiología, rehabilitación ambulatoria y acupuntura y medicina china. Tenga en cuenta que esta prestación excluye las imágenes médicas avanzadas. • Usted podrá tener las enfermedades cubiertas (pero no las enfermedades, síntomas o complicaciones derivadas de dichas enfermedades) con base ambulatoria, hasta los límites totales mostrados por período de cobertura. • La prestación está sujeta a cualquier copago o franquicias elegidos en su póliza. 			

Sus opciones de franquicia y copago

<p>Franquicia</p> <p>El deducible es la cantidad que se debe pagar antes de que cualquier solicitud de reembolso quede cubierta por su plan.</p>	0 USD 150 USD 500 USD 1000 USD 1500 USD	0 EUR 110 EUR 370 EUR 700 EUR 1100 EUR	0 GBP 100 GBP 335 GBP 600 GBP 1000 GBP
<p>Copago tras la cantidad de franquicia</p> <p>El copago es el porcentaje de cada solicitud de reembolso que no está cubierto por su plan.</p>	<p>En primer lugar, escoja su porcentaje de copago: 0 % / 10 % / 20 % / 30 %</p>		
<p>Desembolso máximo</p> <p>El desembolso máximo es la cantidad máxima de copago que usted tendría que pagar en un período de cobertura. La cantidad de copago se calcula después de tener en cuenta el deducible. Solo las cantidades que usted paga relacionadas con el copago contribuyen al desembolso máximo.</p>	<p>A continuación, escoja su desembolso máximo: 3000 USD 2200 EUR 2000 GBP</p>		

Salud y bienestar internacional

Módulo opcional

Somos conscientes de la importancia de llevar una vida equilibrada y de su bienestar general. **Las prestaciones enumeradas a continuación solo se conceden a los beneficiarios mayores de 18 años.**

Además, se aplicarán requisitos específicos de edad a las distintas pruebas de cribado de cáncer.

Reconocimientos físicos rutinarios para adultos	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	325 USD 250 EUR 220 GBP	650 USD 500 EUR 440 GBP	2000 USD 1600 EUR 1300 GBP

Pagaremos los exámenes físicos rutinarios de adultos mayores de 18 años. La evaluación sanitaria puede incluir, entre otras cosas:

- Medidas de altura y peso
- Perímetro de cintura
- Índice de masa corporal (IMC)
- Porcentaje de grasa corporal
- La presión arterial
- Análisis de orina
- Prueba de colesterol
- Hemograma completo
- Evaluación fisiológica y del equilibrio
- Medición de la resistencia a los factores de estrés

Además, para los beneficiarios de una póliza Platinum que reúnan los requisitos, cubriremos las evaluaciones adicionales, que incluyen, entre otras, las siguientes:

- Perfil bioquímico completo, incluida la función hepática y renal
- Prueba de funcionalidad pulmonar
- Evaluación de la columna vertebral
- Radiografía de tórax (si está clínicamente indicada)
- Prueba cardiovascular avanzada (ECG o prueba de aptitud aeróbica)
- Prueba de metabolismo corporal (tasa metabólica en reposo (RMR) y prueba de VO2)
- Exámenes neurológicos

Pedicura realizada por un callista o un podólogo	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	Actualizado 325 USD 250 EUR 220 GBP hasta 5 sesiones	Actualizado 650 USD 500 EUR 440 GBP hasta 10 sesiones	900 USD 660 EUR 600 GBP hasta 15 sesiones

Esta prestación se abonará por el tratamiento de juanetes, callos e infecciones por hongos, si es médicamente necesario y de carácter reparador para ayudar a realizar las actividades normales de la vida cotidiana. El tratamiento debe ser administrado por un podólogo o callista con la cualificación debida que posee la licencia pertinente para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento. Se excluyen los masajes o tratamientos de medicina deportiva.

Detección del cáncer de cuello uterino	Silver	Gold	Platinum
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	325 USD 250 EUR 220 GBP	650 USD 500 EUR 440 GBP	Ilimitado

Para las mujeres beneficiarias a partir de 25 años de edad, proporcionaremos cobertura cada 3 años para:

- 1 prueba de Papanicolaou (citología); y
- 1 prueba de ADN del VPH.

	Silver	Gold	Platinum
Detección del cáncer de próstata			
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	325 USD 250 EUR 220 GBP	650 USD 500 EUR 440 GBP	Ilimitado

Para los beneficiarios varones a partir de los 50 años de edad, proporcionaremos cobertura cada año para:

- Una exploración de la próstata
- Prueba de PSA

Nota importante:

Cualquier prueba de seguimiento o exploración adicional necesaria en régimen ambulatorio tras un resultado anormal estará cubierta por la prestación de patología, radiología y pruebas diagnósticas incluida en la opción de Asistencia Ambulatoria Internacional. Para que se cubran estas pruebas diagnósticas adicionales, debe haber contratado la opción de Asistencia ambulatoria internacional.

	Silver	Gold	Platinum
Revisión preventiva de cáncer de mama			
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	325 USD 250 EUR 220 GBP	650 USD 500 EUR 440 GBP	Ilimitado

Para las beneficiarias a partir de 40 años, ofrecemos cobertura para:

- 1 consulta de toma de conciencia sobre el cáncer de mama y examen clínico mamario (ECM) al año;
- 1 mamografía de cribado cada 2 años.

Para las beneficiarias de entre 25 y 39 años de edad, si tienen antecedentes o un riesgo elevado de cáncer de mama, ofreceremos cobertura para:

- 1 mamografía de cribado al año, cuando sea médicamente necesario.

	Silver	Gold	Platinum
Detección del cáncer intestinal			
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	325 USD 250 EUR 220 GBP	650 USD 500 EUR 440 GBP	Ilimitado

Para los beneficiarios de ambos sexos a partir de los 45 años, cubriremos:

- 1 prueba de sangre oculta en heces (FOB) o 1 prueba inmunoquímica fecal (FIT) al año
- 1 colonoscopia cada 7 años.

	Silver	Gold	Platinum
Revisión preventiva de cáncer de piel			
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	325 USD 250 EUR 220 GBP	650 USD 500 EUR 440 GBP	Ilimitado

Para los beneficiarios de ambos sexos a partir de los 18 años, cubriremos:

- 1 examen anual de cáncer de piel.

	Silver	Gold	Platinum
Revisión preventiva de cáncer de pulmón			
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	325 USD 250 EUR 220 GBP	650 USD 500 EUR 440 GBP	Ilimitado

Para los beneficiarios de ambos sexos a partir de los 45 años de edad que sean o hayan sido fumadores, cubriremos:

- 1 examen de cáncer de pulmón al año.

	Silver	Gold	Platinum
Detección de diabetes			
Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	325 USD 250 EUR 220 GBP	650 USD 500 EUR 440 GBP	Ilimitado

Para los beneficiarios de ambos sexos a partir de los 18 años, cubriremos:

- 1 prueba A1C o prueba de glucosa en sangre en ayunas al año.

Densitometría ósea	Silver	Gold	Platinum
	Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	Actualizado 325 USD 250 EUR 220 GBP	Actualizado 650 USD 500 EUR 440 GBP

Pagaremos:

- 1 escáner para mujeres de 65 años o más;
- 1 escáner para mujeres posmenopáusicas de menos de 65 años cuando sea médicamente necesario; y
- 1 escáner para hombres de 50 años o más cuando sea médicamente necesario.

Consultas dietéticas	Silver	Gold	Platinum
	Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	325 USD 250 EUR 220 GBP	650 USD 500 EUR 440 GBP

Proporcionamos cobertura para una consulta inicial con un dietista sin necesidad de derivación para cualquier beneficiario que desee aumentar y mejorar su bienestar general, incluidas modificaciones dietéticas y medidas preventivas.

Proporcionamos cobertura adicional, cuando sea médicamente necesario, para un máximo de 4 consultas en total por período de cobertura para los beneficiarios que necesiten consejos dietéticos relacionados con enfermedades diagnosticadas como diabetes, prediabetes o trastornos de la alimentación.

Además de revisiones, pruebas y exámenes médicos, esta opción también le proporciona a usted y su familia los servicios y el apoyo para gestionar su propia salud y bienestar individual día a día.

Sus servicios de bienestar, que comprenden los programas de asistencia de gestión vital, coaching de bienestar y apoyo a la salud mental, están disponibles para ayudarle a usted y a las personas a su cargo que reúnan los requisitos necesarios a mantenerse sanos y saludables, tanto física como mentalmente.

Estos servicios están disponibles en todos los niveles del plan, siempre que haya adquirido el módulo opcional de Salud y bienestar internacional.

Para acceder a cualquiera de los servicios de bienestar, póngase en contacto con nosotros a través de una de las siguientes opciones:



Llámenos: +1 984 810 5338 (Línea exclusiva para clientes de Cigna Global Health Options). Puede marcar este número directamente desde la sección «Apoyo a la salud mental» de la aplicación Cigna Wellbeing®).

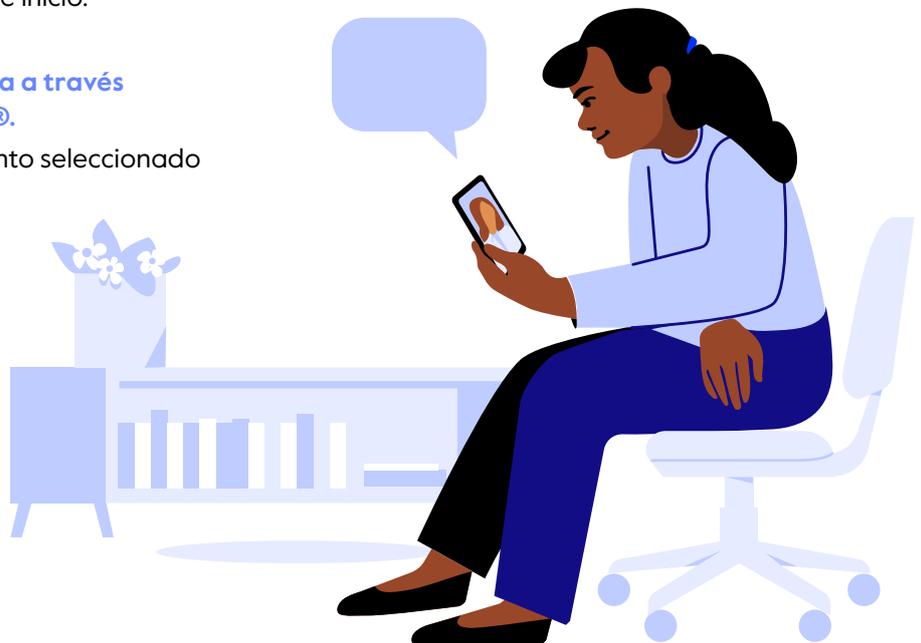


Chat en directo: accesible a través de la [página web](#). Para iniciar sesión, introduzca «assist» como «company code» (código de empresa). Para acceder al chat en vivo, haga clic en «LIVECONNECT» en la parte superior de la página de inicio.



Solicite una devolución de llamada a través de la aplicación Cigna Wellbeing®.

Nuestro proveedor de asesoramiento seleccionado presta este servicio.



Programa de asistencia de gestión vital	Silver	Gold	Platinum
	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
<p>En Cigna consideramos que el cuerpo y la mente son partes iguales de la salud integral de una persona. Mientras que la mayoría de las soluciones de salud actuales solo cubren la salud física, nuestro programa de asistencia de gestión vital es un servicio personal y confidencial que se ofrece a usted y a su familia para ayudar a identificar y resolver los problemas que afrontan en su vida laboral y familiar diaria.</p> <p>Todas las llamadas de nuestro programa de asistencia de gestión vital se atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Tendrá acceso a los siguientes servicios y herramientas:</p> <p>Asesoramiento a corto plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 6 sesiones de asesoramiento por teléfono, video, o presencialmente por tema y período de cobertura. Los casos de uso comunes incluyen: manejo de la ansiedad y la depresión, apoyo para relaciones familiares y de pareja, duelos y más. <p>Salud conductual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 6 sesiones con un orientador de conciencia plena por teléfono por período de cobertura. Es beneficioso para las personas que atraviesan períodos de estrés, y dificultades con el enfoque y la concentración. Un programa de autoayuda en línea de terapia cognitivo conductual (TCC) para abordar la ansiedad, la depresión y el estrés leves o moderados, con acceso ilimitado al programa durante 6 meses. <p>Asistencia profesional y en el lugar de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sesiones telefónicas de orientación vital para ayudar con el crecimiento personal y el desarrollo profesional en el trabajo. Sesiones telefónicas con un asesor para que los gerentes desarrollen sus habilidades de gestión de personal. <p>Necesidades prácticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apoyo telefónico inmediato ilimitado para recibir asistencia en directo. Referencias e información preseleccionadas para ayudarlo con sus demandas diarias, como logística de reubicación, cuidado de niños o ancianos, servicios jurídicos o financieros. <p>Notas importantes:</p> <p>Este servicio no es adecuado en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si cree que existe un riesgo inminente de daños para usted u otras personas. Si tiene alguna adicción, ya sea a drogas o si su trastorno no le permite controlar sus impulsos de, por ejemplo, ludopatía. Si tiene síntomas o un diagnóstico o trastornos de salud mental distintos de ansiedad o depresión, por ejemplo trastorno límite de la personalidad. 			

Asesoramiento de bienestar	Silver	Gold	Platinum
	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
<p>Dado que pasamos mucho tiempo tratando de compaginar nuestros compromisos profesionales y personales, cuidar de nosotros mismos puede quedar, en ocasiones, a la cola de nuestras prioridades. Puede que sepa lo que quiere cambiar pero no sepa por dónde empezar. Nuestro asesoramiento sobre bienestar le permitirá crear conductas sanas para conseguir cambios duraderos en su estilo de vida.</p> <p>Le asignaremos su propio orientador de bienestar personal cualificado, formado específicamente en cambios de comportamientos de salud. Su orientador colaborará con usted para identificar un objetivo de bienestar específico que sea importante para usted, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestión del peso corporal Alimentación sana Actividad física Sueño Gestión del estrés Dejar de fumar <p>Tendrá acceso a 6 sesiones confidenciales de orientación telefónica por ámbito de interés y por período de cobertura. Su orientador le proporcionará orientación personalizada y orientada a objetivos, educación para el bienestar, desarrollo de estrategias y estímulo. Las sesiones de orientación pueden programarse de acuerdo con la zona horaria y las preferencias de idioma, y las sesiones pueden impartirse por teléfono o vídeo según las preferencias.</p>			

Programa de apoyo a la salud mental

Hasta 20 sesiones de asesoramiento cara a cara por trastorno y período de cobertura.

Silver

Ilimitado

Gold

Ilimitado

Platinum

Ilimitado

Recibir un diagnóstico de ansiedad o depresión puede ser abrumador, y puede ser difícil saber qué pasos seguir a continuación. En Cigna, somos conscientes de que la ansiedad y la depresión requieren un apoyo más específico que los problemas de salud mental más leves, apoyados tradicionalmente por los servicios de asesoramiento a corto plazo ofrecidos a través de nuestro programa de asistencia de gestión vital.

Nuestro programa de apoyo a la salud mental proporciona apoyo psicológico a largo plazo en las áreas de ansiedad y depresión, con hasta 20 sesiones de asesoramiento presencial por afección y período de cobertura.

Este asesoramiento confidencial se ofrece de forma presencial (la forma de asesoramiento más tradicional), aunque también pueden considerarse como alternativa sesiones de videoconferencia o por teléfono, dependiendo de la ubicación.

Procedimiento para acceder al Programa de apoyo a la salud mental:

- **Póngase en contacto con el Programa de asistencia de gestión vital (ver más arriba)**, ya sea por teléfono con nuestro equipo de atención al cliente o desde la app Cigna Wellbeing.
- **Hable con un médico**, que realizará una valoración inicial por teléfono. Si se le diagnostica depresión o ansiedad entre moderada y grave, el médico recomendará derivarle a un psicólogo para llevar a cabo una terapia cognitivo-conductual.
- **Reciba sesiones de asesoramiento inicial**, donde un psicólogo de CBT realizará una evaluación de su caso en un máximo de dos sesiones presenciales. Cuando no sea posible celebrar consultas en persona, se podrán llevar a cabo por teléfono o videoconferencia.
- **La orientación se presta durante 20 sesiones como máximo**. Se realizan pruebas psicométricas en esta fase y después de cada seis sesiones.
- **Comience a disfrutar de las ventajas** de un nivel de salud y bienestar superiores.
- **Vigile su evolución**. Un gestor de casos comprobará que va usted por el buen camino.

Este programa agiliza el acceso a un psicólogo de CBT, ya que normalmente disponemos de asesores en partes del mundo donde se pueden tener dificultades para acceder a los servicios de salud mental.

Notas importantes:

Este servicio no es adecuado en los siguientes casos:

- Si cree que existe un riesgo inminente de daños para usted u otras personas.
- Si tiene alguna adicción, ya sea a drogas o si su trastorno no le permite controlar sus impulsos de, por ejemplo, ludopatía.
- Si tiene síntomas, un diagnóstico o trastornos de salud mental distintos de ansiedad o depresión, por ejemplo, trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, bipolaridad o trastorno obsesivo-compulsivo; o
- Si es menor de 18 años.



Evacuación Internacional y Crisis Assistance Plus®

Módulo opcional

La evacuación médica internacional cubre 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 incluye, asimismo, cobertura de repatriación como resultado de una enfermedad grave o tras un acontecimiento traumático o cirugía, así como visitas de familiares, como pueden ser uno de los padres, el/la cónyuge, compañero/a, hermano/a o hijo/a de un beneficiario, después de un accidente o enfermedad repentina, en casos en los que no se haya evacuado o repatriado al beneficiario.

Su tranquilidad y la de su familia, especialmente al viajar, es muy importante para nosotros. Además de la cobertura para casos de evacuación médica, esta opción también incluye el programa Crisis Assistance Plus® que proporciona asesoramiento rápido 24/7 y coordina los servicios de respuesta a crisis en el país en caso de un riesgo de viaje o de seguridad que pueda acontecer mientras usted y su familia estén viajando internacionalmente.

International Medical Evacuation

	Silver	Gold	Platinum
Prestación anual general máxima por beneficiario por periodo de cobertura de Evacuación médica internacional	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado

	Silver	Gold	Platinum
Evacuación médica	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado

En caso de emergencia, traslado al centro de excelencia médica más próximo si el tratamiento que el beneficiario necesita no puede obtenerse localmente.

Si un beneficiario requiere tratamiento de urgencia, pagaremos la evacuación médica para que:

- sea trasladado al hospital más cercano donde esté disponible el tratamiento necesario (incluso aunque esté en otra parte del país o en otro país); y
- regrese al lugar desde el que fue trasladado, siempre y cuando el viaje de regreso tenga lugar no más de 14 días después de la conclusión del tratamiento.

En lo que respecta al viaje de regreso, pagaremos:

- 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.

Solamente pagaremos tarifas de taxi si:

- es médicamente preferible que el beneficiario viaje al aeropuerto en taxi, en lugar de hacerlo en ambulancia; y
- se ha obtenido previamente la aprobación del servicio de asistencia médica.

Pagaremos la evacuación (aunque no la repatriación) en el caso de que el beneficiario precise pruebas diagnósticas o tratamiento para el cáncer (como por ejemplo quimioterapia) si, en opinión de nuestro servicio de asistencia médica, la evacuación es apropiada y médicamente necesaria en las circunstancias dadas.

No pagaremos ningún otro gasto relacionado con la evacuación (como, por ejemplo, gastos de alojamiento).

Notas importantes:

- Si necesita usted regresar al hospital desde el que fue evacuado para recibir un tratamiento de seguimiento, no pagaremos gastos de viaje ni dietas.
- Nos reservamos el derecho de rechazar la cobertura de los costes en los casos de servicios de evacuación/repatriación que no estén organizados por nosotros.

	Silver	Gold	Platinum
Repatriación médica	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
<p>Si un beneficiario requiere una repatriación médica como resultado de una enfermedad grave o tras un acontecimiento traumático o cirugía, pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • su regreso a su país de residencia habitual o país de origen; 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 tratamiento. <p>El viaje anteriormente mencionado debe ser aprobado previamente por nuestro servicio de asistencia médica y para evitar dudas se requiere que todos los gastos de transporte sean razonables y habituales.</p> <p>En lo que respecta al viaje de regreso, pagaremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Solamente pagaremos tarifas de taxi si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • es médicamente preferible que el beneficiario viaje al aeropuerto en taxi, en lugar de hacerlo en ambulancia; y • se ha obtenido previamente la aprobación del servicio de asistencia médica. <p>No pagaremos ningún otro gasto relacionado con la repatriación (como por ejemplo gastos de alojamiento).</p> <p>Notas importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si necesita regresar al hospital desde el que fue repatriado para recibir un tratamiento de seguimiento, no pagaremos gastos de viaje ni dietas. • Si un beneficiario se pone en contacto con el servicio de asistencia médica para solicitar el acuerdo previo para la repatriación, pero el servicio de asistencia médica no considera que la repatriación sea médicamente apropiada, podemos disponer en su lugar la evacuación del beneficiario al hospital más cercano donde esté disponible el tratamiento necesario. Repatriaremos posteriormente al beneficiario a su país de origen o país de residencia habitual especificado cuando su estado sea estable y sea médicamente apropiado hacerlo. • Nos reservamos el derecho de rechazar los costes en los casos de servicios de repatriación que no estén organizados por nosotros. 			

	Silver	Gold	Platinum
Repatriación de los restos mortales	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
<p>Si un beneficiario fallece fuera de su país de residencia habitual durante el período de cobertura, el servicio de asistencia médica dispondrá que sus restos mortales sean devueltos a su país de residencia habitual o país de origen tan pronto como sea razonablemente posible, sujeto a los requisitos y limitaciones de las líneas aéreas.</p> <p>No pagaremos ningún gasto relacionado con el enterramiento o cremación ni los gastos de transporte para que una persona recoja o acompañe los restos mortales del beneficiario.</p> <p>Nota importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos reservamos el derecho de rechazar los costes en los casos de servicios de repatriación que no estén organizados por nosotros. 			

Costes de desplazamiento de la persona acompañante	Silver	Gold	Platinum
	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
<p>Si un <i>beneficiario</i> necesita que uno de los padres, un hermano/a, hijo/a, <i>cónyuge</i> o pareja 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 1600 km (1000 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>pagaremos para que un pariente o pareja lo acompañe. Los viajes (para evitar dudas, significan 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>Pagaremos:</p> <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 mar; <p>el que fuera menor.</p> <p>Si procede, teniendo en cuenta los requisitos médicos del <i>beneficiario</i>, el familiar o pareja que lo 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 su <i>cónyuge</i> o pareja, pagaremos 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> <ul style="list-style-type: none"> • No pagaremos para que un tercero acompañe a un beneficiario si el propósito original de la evacuación era permitir que el beneficiario recibiera tratamiento ambulatorio. • No pagaremos ningún otro coste relativo a gastos de viaje de terceros, como el alojamiento o transporte local. 			

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.

Visita solidaria: costes de desplazamiento	Silver	Gold	Platinum
	Hasta 5 viajes de por vida como máximo hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por beneficiario.	1200 USD 1000 EUR 800 GBP	1200 USD 1000 EUR 800 GBP

Visita solidaria: costes por prestación de subsistencia	Silver	Gold	Platinum
	Hasta el límite total indicado por día para cada visita, con un máximo de 10 días por visita.	155 USD 125 EUR 100 GBP	155 USD 125 EUR 100 GBP

Pagaremos por cada beneficiario hasta 5 visitas solidarias a lo largo de la duración de la cobertura. Las visitas solidarias deben ser aprobadas previamente por nuestro servicio de asistencia médica.

Pagaremos el coste del viaje de ida y vuelta en clase turista para uno de los padres, el/la *cónyuge*, pareja, hermano/a o hijo/a para visitar a un beneficiario tras un accidente o enfermedad repentina, si el beneficiario se encuentra en un país diferente y se prevé que permanezca hospitalizado 5 días o más, o en caso de que haya recibido un pronóstico terminal a corto plazo.

Pagaremos 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 país de residencia habitual hasta los límites que se indican en la lista de prestaciones (sujeto a la aportación de los recibos de los gastos contraídos).

Nota importante:

- No pagaremos una visita solidaria cuando el beneficiario haya sido evacuado o repatriado. Si se lleva a cabo la evacuación o repatriación durante una visita solidaria, no pagaremos gastos de transporte de terceros adicionales.

Programa CRISIS ASSISTANCE PLUS®

Este programa lo prestan expertos en respuesta a crisis globales, FocusPoint International®, que apoya a viajeros internacionales con centros de respuesta multilingües disponibles 24/7 y recursos en más de 100 países. Crisis Assistance Plus® (CAP) proporciona asesoramiento rápido y asistencia en crisis coordinada en el país para diez riesgos diferentes que pueden afectar a los beneficiarios mientras viajan:

- Terrorismo
- Amenaza de pandemia
- Amenazas de violencia política (por ejemplo: huelgas, disturbios y altercados civiles)
- Desastres naturales (amenazas o sucesos)
- Respuesta a chantaje o extorsión
- Delitos violentos
- Desaparición de personas
- Respuesta a secuestro
- Respuesta a secuestros con petición de rescate
- Respuesta a detención ilegal

El programa proporciona a los beneficiarios acceso 24/7 a los centros de asistencia internacionales de FocusPoint International para recibir asesoramiento y servicios de respuesta a crisis coordinada en el país, cuando sea necesario. Según la situación, el programa ofrece:

- Equipos de respuesta rápida y responsables de CAP especializados desplegados en todo el mundo virtual o telefónicamente;
- Personal de seguridad con experiencia para rescate de campo, protección in situ y evacuaciones terrestres;
- Equipos de comunicaciones en caso de crisis reconocidos a nivel nacional;
- Especialistas en respuesta a secuestros con petición de rescate y extorsión altamente experimentados;
- Transmisión de mensajes de emergencia a familiares o empleadores;
- Información geográfica de amenazas actualizada; y
- Acceso a la flota de aviación privada, con despegue de aeronaves en tan solo 60 minutos (según se merezca, sea razonable y necesario).

Notas importantes:

- FocusPoint International® proporcionará servicios de respuesta a crisis para un máximo de dos incidentes físicos por beneficiario y por período de cobertura. El programa brinda acceso a consultas de crisis ilimitadas durante el período de cobertura.
- La respuesta para los incidentes físicos aptos se limita a una asistencia de cuarenta y cinco (45) días naturales.
- El programa Crisis Assistance Plus® no es una póliza de seguro. FocusPoint no reembolsará ni indemnizará a los beneficiarios por los gastos en que incurra directamente un beneficiario ni por los gastos en que se incurra en nombre de un beneficiario. FocusPoint, a su criterio exclusivo, incurrirá y pagará directamente todos los gastos adicionales.

Nosotros no participamos en las decisiones (o los resultados de estas) que tome o determine FocusPoint International® ni podemos hacernos responsables de ellas. FocusPoint International® no proporcionará servicios de respuesta en crisis:

- En relación con un secuestro o crimen violento por parte de un pariente;
- A ninguna persona a la que se le haya cancelado o rechazado un seguro contra secuestros;
- A ninguna persona que haya sido secuestrada en el pasado;
- Para ningún secuestro de una persona protegida en su país de residencia;
- Cuando dicho servicio esté prohibido en virtud de resoluciones de las Naciones Unidas o leyes de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos;
- Para el pago de un rescate;
- Si el beneficiario decide viajar a una ubicación respecto la que existe una advertencia emitida y activa de no viajar;
- Para una disputa comercial;
- Para gastos adicionales provocados por un retraso del viaje no cubierto;
- Por suicidio o intento de suicidio;
- Por guerra, declarada o no, entre China, Francia, Reino Unido, la Federación Rusia y Estados Unidos, o guerra en Europa distinta a una guerra civil;
- Por cualquier acción de imposición por o en nombre de las Naciones Unidas en la que estén implicados países nombrados anteriormente o cualesquiera fuerzas armadas; y
- Por amenaza o pérdida o destrucción de cualquier propiedad derivada de cualquier pérdida consecuente o cualquier responsabilidad legal causada por la radiactividad.
- Viajar por cualquier motivo a los once (11) países de Afganistán, Irán, Libia, Corea del Norte, Rusia, Somalia, Sudán, Siria, Ucrania, Venezuela y Yemen.
- Búsqueda y rescate en el mar.

FocusPoint International® pagará los gastos de consultoría de crisis y otros gastos adicionales por respuesta cubierta (hasta un máximo de dos incidentes físicos por beneficiario y por período de cobertura) e incluidos, entre otros:

- Costes de evacuación por emergencia política o desastre natural;
- Derivaciones legales y honorarios hasta un máximo de 10 días a partir de la fecha del acontecimiento causante de la crisis;
- Honorarios y gastos de un intérprete independiente;
- Costes de reubicación, viaje y alojamiento;
- Honorarios y gastos del personal de seguridad desplegado temporalmente con el fin exclusivo y directo de proteger a un beneficiario y situado en un país en el que se ha producido un acontecimiento de crisis durante un máximo de 45 días a partir de la fecha del acontecimiento de crisis.

Seguro internacional de visión y dental

Módulo opcional

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 o especializados.

Cuidado de la visión

	Silver	Gold	Platinum
Examen oftalmológico Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	100 USD 75 EUR 65 GBP	200 USD 150 EUR 130 GBP	Ilimitado
Pagaremos un examen ocular rutinario por período de cobertura, que será realizado por un optometrista u oftalmólogo. No pagaremos más de un examen ocular en un período de cobertura.			

	Silver	Gold	Platinum
Gastos para: Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado, por beneficiario y por período de cobertura.	155 USD 125 EUR 100 GBP	155 USD 125 EUR 100 GBP	310 USD 245 EUR 200 GBP
<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. No abonaremos lo siguiente: <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 médicamente necesarias o no hayan sido prescritas por un optometrista u oftalmólogo; ni tratamiento o intervenciones quirúrgicas, incluyendo el tratamiento o la cirugía para corregir la visión, como la cirugía ocular láser, queratotomía refractiva (QR) o queratectomía fotorrefractiva (QFR). Deberá facilitarnos una copia de la prescripción o factura de las lentes correctoras como justificante de toda solicitud de reembolso de gastos de monturas.			

Tratamiento dental

	Silver	Gold	Platinum
Prestación anual general máxima por tratamiento dental Máximo total anual de prestación por beneficiario y por período de cobertura	1250 USD 930 EUR 830 GBP	2500 USD 1850 EUR 1650 GBP	5500 USD 4300 EUR 3500 GBP

	Silver	Gold	Platinum
Preventivo Hasta la prestación anual general máxima por tratamiento dental para su plan seleccionado por beneficiario por período de cobertura. Disponibles una vez que el beneficiario haya recibido cobertura mediante esta opción durante 3 meses.	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado

Pagaremos el tratamiento dental preventivo siguiente recomendado por un dentista después de que el beneficiario haya tenido la cobertura de visión y dental internacional durante al menos 3 meses:

- 2 revisiones dentales por período de cobertura;
- radiografías, incluyendo radiografía interproximal, de una vista y ortopantomografía (OPG);
- raspado y pulido, incluyendo la aplicación tópica de flúor cuando sea necesaria (dos por período de cobertura);
- 1 protector bucal por período de cobertura;
- 1 férula dental por período de cobertura; y
- sellador de fisuras.

Rutinario	Silver	Gold	Platinum
<p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.</p> <p>Disponibles una vez que el beneficiario haya recibido cobertura mediante esta opción durante 3 meses.</p>	Reembolso del 80 %	Reembolso del 90 %	Ilimitado

Pagaremos los gastos de tratamiento del tratamiento dental rutinario siguiente después de que el beneficiario haya tenido cobertura de visión y dental internacional durante al menos 3 meses (si dicho tratamiento es necesario para la salud oral continuada y es recomendado por un dentista):

- tratamiento de conductos radiculares;
- extracciones;
- intervenciones quirúrgicas;
- tratamiento ocasional;
- anestesia, y
- tratamiento periodontal.

Restaurativo mayor	Silver	Gold	Platinum
<p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.</p> <p>Disponibles una vez que el beneficiario haya recibido cobertura mediante esta opción durante 12 meses.</p>	Reembolso del 70 %	Reembolso del 80 %	Ilimitado

Pagaremos los gastos de tratamiento correspondientes a los tratamientos dentales restaurativos complejos siguientes después de que el beneficiario haya tenido cobertura de visión y dental internacional durante al menos 12 meses:

- dentaduras postizas (acrílicas/sintéticas, metálicas y metálicas/acrílicas);
- coronas;
- empastes; y
- colocación de implantes dentales.

Si un beneficiario necesita un tratamiento dental restaurativo complejo antes de haber recibido la cobertura de visión y dental internacional durante 12 meses, pagaremos el 50 % de los costes del tratamiento.

Ortodoncia	Silver	Gold	Platinum
<p>Hasta el límite total indicado para su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura o, si se indica «ilimitado», hasta el máximo de la prestación global anual de su plan seleccionado por asegurado y por período de cobertura.</p> <p>Disponibles para los asegurados menores de 18 años, una vez que hayan estado cubiertos por esta opción durante 18 meses.</p>	Reembolso del 40 %	Reembolso del 50 %	Reembolso del 50 %

Esta prestación se abonará únicamente para las ortodoncias de los asegurados menores de 19 años, si han estado cubiertos por el seguro dental y de visión internacional durante al menos 18 meses.

Solamente se pagará el tratamiento de ortodoncia si:

- El dentista u ortodontista que aplicará el tratamiento nos proporciona por adelantado una descripción detallada del tratamiento propuesto (incluidas radiografías y modelos), así como una estimación del coste del tratamiento. Y
- Hemos autorizado el tratamiento por adelantado.

Cómo funcionan el deducible y el copago

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

Si ha seleccionado un deducible y/o un copago en su póliza, será necesario que dicho deducible y/o copago se abone en su totalidad antes de poder reclamar el tratamiento o el reembolso de los costes del tratamiento. Tenga en cuenta que el deducible y/o copago seleccionados no se restan de los límites de prestaciones individuales que tiene disponibles en su plan.

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

Si ha seleccionado un deducible o un copago, los siguientes ejemplos le ofrecen una demostración de cómo funciona este procedimiento.

Ejemplo 1:

Cómo funciona el deducible

Cuantía de la solicitud de reembolso:

1200 USD

Deducible: **375 USD**

Una vez alcanzado el importe del deducible, nos hacemos cargo del resto de los costes del tratamiento durante el período de cobertura. En este ejemplo, se ha alcanzado el importe de la franquicia para este período de cobertura.



Usted paga el deducible de 375 USD



Nosotros pagamos 825 USD

Ejemplo 2:

Cómo funciona el copago

Cuantía de la solicitud de reembolso:

5000 USD

Deducible: **0 USD**

Copago: **20 % = 1000 USD**

Desembolso máximo: **2000 USD**

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



Usted paga el copago de 1000 USD



El 20 % de 5000 USD es 1000 USD



Nosotros pagamos 4000 USD

Ejemplo 3:

Cómo funciona el **copago** y el **desembolso máximo**

Cuantía de la solicitud de reembolso:

20.000 USD

Deducible: **0 USD**

Copago: **20 % = 4000 USD**

Desembolso máximo: **2000 USD**

El desembolso máximo por cuenta propia le protege de tener que pagar una posible suma importante de copago.

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



Ejemplo 4:

Cómo funcionan el **deducible** y el **copago** si usted ha seleccionado ambos

Cuantía de la solicitud de reembolso:

20.000 USD

Deducible: **375 USD**

Copago: **20 % = 3925 USD**

Desembolso máximo: **5000 USD**

El deducible se adeuda antes de calcular el copago.

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



Información importante

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

Sabía que...



Cobertura adicional no incluida de serie

Los planes de Cigna Global Health Options tienen cuatro módulos opcionales adicionales para mejorar su plan de salud:

- Asistencia ambulatoria internacional
- Salud y bienestar internacional
- Evacuación Internacional y Crisis Assistance Plus®
- Odontología y oftalmología internacional

Puede añadir cualquiera de estos módulos durante la inscripción, en el momento de la renovación o durante su período de cobertura. Su selección estará en su Certificado de Seguro. Puede encontrar este importante documento en «Documentos» en su [Área Privada de Asegurado](#).

Prestaciones con restricciones de edad:

Los asegurados y cualquier beneficiario deben tener 18 años o más para acceder a cualquier atención y tratamiento dentro del módulo opcional de salud y bienestar internacional.

Prestaciones básicas incluidas en cada póliza:

Hay algunos tratamientos ambulatorios que están cubiertos en todos los planes estándar del seguro de salud internacional:

- Asistencia de salud mental y conductual
- Imágenes médicas avanzadas
- Accidentes y tratamiento en urgencias
- Hemodiálisis
- Atención oncológica
- Complicaciones derivadas de la maternidad (exclusivamente planes Gold y Platinum)

Cualquier deducible que haya elegido como parte de su plan estándar de seguro médico internacional se aplicará también a los tratamientos ambulatorios arriba indicados, a excepción de la prestación de accidentes y tratamiento de urgencias, en la que no se aplica ningún deducible.

Prestaciones adicionales cuando no se aplica el deducible:

Los deducibles no se aplican a las siguientes prestaciones según las normas de su póliza:

- Prestación económica diaria por hospitalización
- Accidentes y tratamiento en urgencias
- Atención para recién nacidos
- Global Telehealth

Los deducibles no se aplican a los siguientes módulos opcionales y sus prestaciones:

- Salud y bienestar internacional
- Evacuación Internacional y Crisis Assistance Plus®
- Odontología y oftalmología internacional

Preguntas frecuentes

Cómo hablar con un médico:

Global Telehealth

Tiene acceso a consultas telefónicas y de vídeo ilimitadas con uno de nuestros médicos elegidos a través del servicio de Global Telehealth. Este servicio está disponible para problemas de salud no urgentes a través de la aplicación Cigna Wellbeing®, o mediante una derivación de nuestro equipo de atención al cliente.

Cualquier tratamiento o medicamento recetado después de una consulta de Global Telehealth solo se cubrirá si ha adquirido el módulo de asistencia ambulatoria internacional opcional como parte de su plan.

Cómo hablar con alguien sobre su póliza:

Consulte la [página 2](#) para obtener los datos de contacto de nuestro equipo de servicio al cliente.

Cómo acceder al tratamiento:

Consulte la [página 8](#) para saber cómo acceder al tratamiento. Si tiene más preguntas, póngase en contacto con el equipo de atención al cliente.

Cómo pagar el tratamiento:

Consulte la [página 10](#) para saber si Cigna Healthcare se hará cargo de la factura médica o si necesita solicitar un reembolso. Si necesita presentar una solicitud de reembolso, consulte más información en la [página 13](#).

¿A cuánto ascienden el coste de la solicitud de reembolso de mi tratamiento?

Puede comprobar qué deducible o copago ha aplicado a su póliza en su certificado de seguro.

Cualquier deducible y/o participación en los costes elegidos como parte de su plan es aplicable por persona y año de póliza.

Recuerde: es importante presentar una solicitud de reembolso aunque haya pagado el tratamiento de su bolsillo, ya que esta cantidad se incluirá en cualquier deducible que haya aplicado a su póliza.

Consulte la [página 43](#) para ver cómo funcionan el deducible y el copago.

¿Qué sucede al final del año de mi póliza?

Recibirá un correo electrónico 45 días antes de la fecha de renovación, con una invitación de renovación y una carta de declaración. También los puede encontrar en su Portal de clientes en línea.

Si desea hacer algún cambio en su póliza en ese momento, puede hablar con un miembro específico de nuestro equipo de fidelización de clientes a través de los datos de contacto que figuran en su correo electrónico de renovación.

No se le vuelve a suscribir en el momento de la renovación si no introduce cambios importantes en la póliza. No hacemos nuevas preguntas médicas o adicionales si no es necesario. No basamos su prima de renovación en ninguna solicitud de reembolso que usted pueda o no haber realizado durante la anualidad de su póliza.

Definiciones

Fecha de renovación anual:

el aniversario de la fecha de inicio.

Intervalos de edad de edad apropiados:

infancia y adolescencia hasta los diecisiete años de edad, según lo establecido por la Academia Americana de Pediatría (AAP).

Beneficiarios, beneficiario:

cualquier persona designada en su Certificado de seguro como cubierta por esta póliza, incluidos los niños recién nacidos.

Enfermedad(es) congénita(s):

cualquier anomalía, deformidad, enfermedad, afección o lesión presente al nacer, diagnosticada o no.

País de residencia habitual:

el país en el que reside habitualmente el beneficiario, tal como se indica en su solicitud.

País de nacionalidad:

cualquier país del que el beneficiario sea ciudadano o súbdito, como se indica en su solicitud.

Paciente en consulta externa:

hace referencia un paciente que es admitido en un hospital o unidad de pacientes ambulatorios u otro centro médico para recibir tratamiento o porque necesita un período de recuperación supervisada por un médico, pero que no ocupa una cama durante la noche.

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

Accidente dental:

tratamiento médicamente necesario como parte de la recuperación de un beneficiario tras una lesión o accidente grave que tiene por objeto restablecer el estado de salud anterior del beneficiario tras dicho suceso.

Tratamiento de urgencia:

Un tratamiento de urgencia es un tratamiento médicamente necesario para evitar los efectos inmediatos e importantes de cualquier enfermedad, lesión o trastorno que, de no recibir tratamiento, podrían resultar en un deterioro considerable de la salud. Solamente están cubiertos los tratamientos médicos administrados por un doctor o médico, y las hospitalizaciones que comiencen dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la urgencia médica.

Tratamiento basado en la evidencia:

tratamiento que ha sido investigado, revisado y reconocido por:

- el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica; o
- directrices clínicas internacionales.

Lista de medicamentos de fórmula

Una lista de medicamentos con receta aplicable a todas las solicitudes de farmacia en EE. UU. Esta lista la desarrolla Cigna Healthcare con la ayuda de nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica y se actualiza dos veces al año. Todos los medicamentos incluidos en nuestra lista de medicamentos en el formulario

tienen la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos. Los medicamentos de venta libre (los que no requieren receta médica), excepto la insulina, están excluidos de nuestra lista de medicamentos, a menos que las leyes estatales o federales exijan la cobertura de dichos medicamentos. Le notificaremos cualquier cambio que afecte a la cobertura de un medicamento que esté tomando en el momento de cualquier actualización.

Garantía de pago:

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

Paciente hospitalizado:

un paciente que ingresa en una instalación médica y que ocupa una cama durante la noche o más, por razones médicas.

Un ejemplo de hospitalización es la cirugía después de un infarto de miocardio en el que el paciente se recuperará en el hospital durante la noche.

Servicio de asistencia médica

servicio que proporciona asesoramiento médico, evacuación, asistencia y repatriación de acuerdo con las directrices clínicas internacionales. Este servicio puede ser multilingüe y la asistencia está disponible veinticuatro (24) horas al día.

Medicamento necesario/necesidad médica:

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

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

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

Centros médicos:

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

Profesionales médicos:

un médico, especialista, enfermero o terapeuta cualificado (incluidos logopedas, dietista u ortopedas), cirujano dental o dentista que esté colegiado,

debidamente cualificado o autorizado para ejercer la medicina o proporcionar tratamiento conforme a las leyes del país, estado u otra zona regulada en la que se proporcione el tratamiento, y que no esté cubierto por esta póliza, o un familiar de alguien cubierto por esta póliza.

Atención ambulatoria

Atención ambulatoria hace referencia un paciente que acude a un hospital, consultorio, clínica ambulatoria u otro centro médico ambulatorio para su tratamiento, pero que no está ingresado como paciente diurno u hospitalizado y no ocupa una cama.

Un ejemplo de tratamiento ambulatorio sería acudir a una consulta ambulatoria para someterse a una extirpación de lunares en la que no es necesario ingresar en el hospital y no se requiere anestesia general para el procedimiento.

Período de cobertura:

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

Póliza

la póliza consta de:

- la Solicitud del tomador del seguro y las declaraciones que haya hecho durante su afiliación para él y los posibles beneficiarios en la solicitud;
- las normas de la póliza;
- la Guía del cliente (que contiene la lista de prestaciones y la información sobre solicitudes de reembolso);
- su Certificado de seguro (que muestra el número de póliza, la prima anual, la fecha de inicio, el deducible y/o importe de copago si se selecciona, los detalles de quién está cubierto, las exclusiones especiales o las exclusiones que se hayan eliminado con una prima adicional y el plan de salud y las opciones seleccionadas, si procede), y
- su tarjeta de identificación de Cigna Healthcare.

Autorización previa/acuerdo previo:

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

Área geográfica de cobertura seleccionada:

significa:

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

Tratamiento:

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

Información importante

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 abonaremos lo siguiente:

- Tratamientos puramente cosméticos u otros tratamientos que no sean necesarios para una salud oral continuada o mejorada.
- La sustitución de dispositivos dentales que se hayan perdido o hayan sido robados, ni ningún tratamiento relacionado.
- La sustitución de un puente, corona o dentadura postiza que (en la razonable opinión de un dentista de competencia y práctica ordinaria dentro del país de residencia habitual del beneficiario) pueda repararse y volverse a utilizar.
- La sustitución de un puente, corona o dentadura postiza 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 período 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 original.
- Fundas acrílicas o de porcelana.
- Coronas o puentes sobre, o en sustitución de, el primer, segundo y tercer molares superiores e inferiores, a menos que:
 - estén realizados en porcelana, compuestos metálicos o metal solo (por ejemplo, una corona de aleación de oro); o
 - sea necesario implantar una corona o un puente temporales como parte de la rutina de un tratamiento dental de emergencia.
- Tratamientos, procedimientos y materiales que sean experimentales o que no se ajusten a los estándares dentales generalmente aceptados.
- Tratamientos para implantes dentales directa o indirectamente relacionados con:
 - rechazo del implante;
 - ruptura o integración ósea;
 - periimplantitis;
 - sustitución de coronas, puentes o dentaduras postizas; o
 - cualquier accidente o tratamiento de urgencia, incluido para cualquier dispositivo protésico.
- Asesoramiento sobre control de la placa, higiene oral y dieta.
- Servicios y suministros, entre otros, enjuagues bucales, cepillos de dientes y dentífricos.
- 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.
- Registro de la mordida, accesorios de precisión o semiprecisión.
- Cualquier tratamiento, procedimiento, aparato 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.

Evacuación y repatriación por razones médicas

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

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

- todas las evacuaciones y repatriaciones 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 diurno;
- el tratamiento por el cual se precisa evacuación o repatriación deberá:
 - ser un tratamiento por el que el beneficiario disponga de cobertura conforme a esta póliza; y
 - no estar disponible en la ubicación desde la que el beneficiario va a ser evacuado o repatriado;
 - el beneficiario ya 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 incluidos EE. UU.).
- Solo pagaremos los servicios de evacuación o repatriación si todas las disposiciones las ha aprobado de antemano nuestro servicio de asistencia médica. Antes de conceder la aprobación, debemos recibir toda la información o pruebas que razonablemente podamos solicitar;
- No aprobaremos ni pagaremos ninguna evacuación o repatriación si, en nuestra razonable opinión, no es adecuada o si va en contra de la recomendación médica. Para poder decidir si una evacuación o repatriación es adecuada, nos remitiremos a la práctica clínica y médica establecida;
- En ocasiones es posible que realicemos una revisión de esta cobertura y nos reservamos el derecho a ponernos en contacto con usted para obtener más información cuando sea razonable.

Condiciones generales

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



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

Cómo ponerse en contacto con nosotros

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



Utilice su área del cliente

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



Llámenos

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



O bien, escríbanos un correo a:
cignaglobal_customer.care@cigna.com

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

Si su póliza está asegurada por Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch, se aplica la siguiente declaración:

Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. Singapore Branch (Número de registro: TIOFCOI45E), es una sucursal extranjera de Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., registrada en Bélgica con responsabilidad limitada, con domicilio social en 152 Beach Road, #33-05/06 The Gateway East, Singapore 189721 (Singapur).

Esta póliza está protegida por el Plan de Protección de Titulares de Pólizas (Policy Owners' Protection Scheme) gestionado por la Singapore Deposit Insurance Corporation (SDIC). La cobertura de su póliza es automática, por lo que no es preciso que realice ninguna acción adicional. Para obtener más información sobre los tipos de prestaciones que están cubiertos por este plan, así como sobre los límites de cobertura, en caso de haberlos, contacte con nosotros o visite el sitio web de la GIA (General Insurance Association [Asociación General de Seguros]) o de la SDIC (www.gia.org.sg o www.sdic.org.sg).

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

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

"Cigna Healthcare" es una marca de servicio registrada de Cigna Intellectual Property, Inc. con licencia de uso de The Cigna Group y sus filiales. Todos los productos y servicios se ofrecen por o a través de dichas subsidiarias, y no por The Cigna Group. En dichas subsidiarias se incluyen Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A. -N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. y Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare

591048 CGHO Customer Guide ES 02/2025