



Cigna Global Health Options

Normas De La Póliza

Términos, exclusiones generales y definiciones relacionadas con su plan

CONTENIDO

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

A menos que se especifique lo contrario, las palabras y frases incluidas en la Sección 3, «Definiciones», cuando se utilicen en estas Normas de la póliza y su Guía del cliente (incluyendo la sección de la Tabla de prestaciones en las páginas 17-47) tendrán el significado que se les atribuye en dicha sección.

Las siguientes secciones contienen información importante relativa a su plan Cigna Global Health Options.

Información legal y reguladora	Página 3
Quejas	Página 3
Cómo contactar con nosotros	Página 3
Sección I: Términos y condiciones generales	Página 4
1. Alcance de la cobertura y elegibilidad para la póliza.....	4
2. Inicio y fin de la cobertura.....	5
3. La información que requerimos de usted.....	5
4. Período de desistimiento.....	7
5. Primas y otros cargos.....	7
6. Rescisión.....	9
7. Fraude.....	10
8. Opciones de cobertura.....	11
9. Franquicia y coste compartido.....	12
10. Añadir o quitar beneficiarios	13
11. Cambios en cualquier información personal que usted haya facilitado.....	14
12. Cómo nos comunicaremos con usted.....	15
13. Renovación de la póliza.....	16
14. Protección de datos.....	16
15. ¿Quién puede hacer cumplir esta póliza?.....	17
16. Nuestro derecho a recuperación frente a terceros.....	17
17. Otro seguro.....	18
18. Cambios a esta póliza.....	18
19. Sanciones.....	18
20. Pandemias, epidemias y enfermedades infecciosas.....	18
Sección 2: Exclusiones generales	Página 20
Sección 3: Definiciones	Página 25

INFORMACIÓN LEGAL Y REGULADORA

Este seguro lo provee:

Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., UK branch
(Financial Services Register No. 207198)

Con domicilio social en el Reino Unido en:

13th Floor, 5 Aldermanbury Square
London EC2V 7HR

Cigna Europe Insurance Company S.A. – N.V., es una entidad aseguradora, UK branch está autorizada y regulada por el Banco Nacional de Bélgica. Autorizada por la Autoridad de Regulación Prudencial (Prudential Regulation Authority). También está autorizada por la Prudential Regulation Authority y sujeta a la supervisión de la Financial Conduct Authority y a una supervisión limitada por parte de la Prudential Regulation Authority en el Reino Unido. Puede encontrar información sobre la situación regulatoria de Cigna Healthcare UK en el Financial Services Register, al que puede acceder en <https://register.fca.org.uk/s/>.

Cigna Europe Insurance Company S.A. – N.V. es una sociedad de responsabilidad limitada privada regulada en Bélgica por el Banco Nacional de Bélgica y registrada en el Registro Mercantil de Bruselas (número 0474.624.562) en Plantin en Moretuslei 309, 2140 Antwerpen, Belgium.

Esta póliza es administrada por Cigna European Services(UK) Limited (número en el Registro de servicios financieros:788765), una empresa registrada en Inglaterra y Gales en 13th Floor, 5 Aldermanbury Square, London EC2V 7HR, con número de identificación fiscal 74044545I (número de sociedad:00199739), representante designada de Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. UK branch.

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

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

Cigna Healthcare no le ofrece ninguna recomendación personal con respecto a la contratación de esta póliza.

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

QUEJAS

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

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

The Financial Ombudsman Service
Exchange Tower
London E14 9SR

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

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

CÓMO PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS

Para ponerse en contacto con nosotros si tiene alguna duda sobre su póliza, envíenos un correo electrónico a: **cignaglobal_customer.care@cigna.com**.

Como opción, puede llamar a nuestro Equipo de Atención al Cliente, disponible 24/7, en: **+44 (0) 1475 788 182** o desde EE. UU.: **0800 835 7677**.

También puede escribirnos a la siguiente dirección:

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

Deberá facilitar su número de póliza, su nombre completo y la dirección de correo electrónico utilizada en el formulario de solicitud para su identificación.

Para obtener todos los detalles sobre sus derechos de rescisión, consulte la cláusula 6 de estas Normas de la póliza.

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

SECCIÓN 1: TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES

1. Alcance de la cobertura y elegibilidad para la póliza

1.1

Esta póliza solo se ofrece a beneficiarios que sean ciudadanos británicos que residan en el Reino Unido y a expatriados. Para los expatriados esta póliza solo cubrirá los costes del tratamiento en el país de nacionalidad del beneficiario en aquellas circunstancias en las que el beneficiario sea residente de su país de nacionalidad de manera temporal. Tales circunstancias no pueden exceder los ciento ochenta (180) días en total por periodo de cobertura y el país de nacionalidad debe encontrarse en el área de cobertura seleccionada (consulte la cláusula II para ampliar la información).

Para evitar dudas, los ciudadanos del Reino Unido no estarán sujetos a la regla de los ciento ochenta (180) días durante ningún periodo de tiempo cuando sean residentes habituales del Reino Unido, sin embargo esta limitación se aplicará si en algún momento un ciudadano del Reino Unido es considerado un expatriado.

1.2

Sujeto a los términos, condiciones, límites, exclusiones (y exclusiones especiales detalladas en su Certificado de seguro, si corresponde) de esta póliza, Cigna Healthcare le cubrirá, a usted y a cualquier otro beneficiario incluido en su póliza, los gastos médicos y relacionados correspondientes a un tratamiento médicamente necesario recomendado por un profesional médico y proporcionado dentro del área de cobertura seleccionada, en caso de lesión o enfermedad. El tratamiento debe estar aprobado y, salvo que acordemos lo contrario, debe realizarse durante el período de cobertura; asimismo, podrán aplicarse deducibles, copagos y límites de cobertura conforme a la Cláusula 9.

1.3

En algunas circunstancias, podremos, a nuestra absoluta discreción, aceptar eliminar una exclusión médica relacionada con usted o con cualquier beneficiario incluido en su póliza si

abona una prima adicional. Esto se acordará durante el proceso de solicitud y antes de la fecha de inicio de la póliza.

1.4

Debe tener dieciocho (18) años o más en el momento de la compra para adquirir esta póliza. Nos reservamos el derecho de cancelar la póliza si en algún momento no hubiera ningún beneficiario cubierto que tenga dieciocho (18) años o más.

1.5

Debe informarnos cuanto antes si cualquiera de los datos que nos facilitó en su solicitud cambia antes de la fecha inicial de inicio de su póliza (consulte la Cláusula II para los cambios que se produzcan durante el período de cobertura). Nos reservamos el derecho de cancelar la póliza o de aplicar primas adicionales o exclusiones como resultado de cualquier cambio material en su estado de salud o en cualquier otra información personal que nos haya notificado antes de la fecha inicial de inicio de la póliza. Es su responsabilidad garantizar que toda la información que nos facilite sea precisa y, en caso de duda, realizar las gestiones necesarias para obtener dicha información. Si no nos informa de cualquier cambio material durante este período, ya sea de forma deliberada o negligente, podremos considerarlo como una declaración falsa, lo que podría afectar la cobertura de su póliza o el pago de solicitudes de reembolso. Consulte la Cláusula 3 para obtener más información.

1.6

Esta póliza no cubrirá ningún coste relacionado con:

- i. el tratamiento recibido antes de que la cobertura comience; o
- ii. salvo acuerdo expreso por nuestra parte, el tratamiento recibido después de que la cobertura finalice (incluso si hubiéramos aprobado dicho tratamiento antes de la finalización de la cobertura).

2. Inicio y fin de la cobertura

2.1

Esta póliza es un contrato renovable anualmente. Esto significa que, a menos que se finalice antes de la fecha de finalización o se renueve automáticamente, el período de cobertura finalizará un (1) año después de la fecha de inicio. Consulte las Cláusulas 2, 3, 4 y 6 para obtener más información acerca de cómo se puede extinguir esta póliza antes de la fecha de finalización.

Consulte la Cláusula 13 para más información sobre el proceso de renovación de la póliza al final de su período de cobertura.

2.2

A menos que se cancele conforme a la cláusula 4, si esta póliza finaliza dentro de los primeros tres (3) meses (el período mínimo) posteriores a la fecha inicial de inicio, no se reembolsará ninguna prima que se haya pagado por los primeros tres (3) meses de cobertura, con independencia de si usted ha presentado o no solicitudes de reembolso durante dicho período de cobertura. Además, tendrá la responsabilidad de abonar cualquier prima restante por ese período inicial de tres (3) meses que aún no se haya abonado.

Si esta póliza finaliza después del período mínimo (es decir, más de tres (3) meses después de la fecha de inicio inicial pero antes de la fecha de finalización), cualquier prima que se haya abonado con respecto al período posterior a la terminación de la póliza y al fin de la cobertura se reembolsará, siempre que no se hayan presentado ni se vayan a presentar solicitudes de reembolso y no se hayan emitido garantías de pago durante el período de cobertura.

Si esta póliza finaliza en cualquier momento antes de la fecha de finalización y ha presentado solicitudes de reembolso conforme a ella, ha recibido una garantía de pago o tiene tratamiento pendiente de reembolso, no se le reembolsará ninguna de las primas que haya abonado correspondientes al período posterior a la terminación de la póliza.

Si su prima anual se recauda en intervalos a lo largo del año de la póliza, será responsable de pagar la prima anual restante por los doce (12) meses completos, ya sea realizando dichos

pagos programados o liquidando directamente el importe total pendiente de la prima.

2.3

Si usted fallece, la cobertura finalizará para todas las personas beneficiarias, a menos que un beneficiario se ponga en contacto con nosotros dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de fallecimiento indicada en el certificado de defunción (o equivalente) y nos notifique que desea asumir la condición de tomador del seguro. Si cualquiera de los beneficiarios desea continuar con la cobertura convirtiéndose en el tomador del seguro y sujeto a los términos de nuestra póliza, deberá informarnos dentro de treinta (30) días y deberá proporcionarnos una copia del certificado de defunción. El beneficiario deberá cumplir las condiciones de elegibilidad de la póliza establecidas en la Cláusula 1 para convertirse en tomador del seguro.

Si un beneficiario no desea continuar con la cobertura como tomador del seguro, toda la cobertura finalizará y no efectuaremos ningún pago relacionado con tratamientos o servicios recibidos en o después de la fecha en que la póliza finalice. En esta circunstancia, la cláusula 6.5 no será aplicable y usted tendrá derecho al reembolso de cualquier prima abonada correspondiente al período posterior a la finalización de la póliza.

3. La información que requerimos de usted

3.1 Durante el proceso de solicitud

Al decidir si aceptamos esta póliza y al establecer los términos y la prima, hemos confiado en la información que usted nos ha facilitado. Usted debe actuar con toda la diligencia razonable al responder cualquier pregunta que le formulemos y asegurarse de que toda la información sea exacta y completa. Es necesario que nos facilite una descripción completa de su historial médico a la fecha de la solicitud, así como cualquier síntoma médico u otra información médica que pueda ser relevante para que podamos determinar si proporcionamos cobertura.

Si no lo hace y determinamos de manera razonable, tras una investigación de suscripción, que nos facilitó información inexacta, falsa o engañosa y/o que, de manera negligente,

temeraria o deliberada, omitió revelar o facilitarnos información médica relevante, incluido responder de manera exhaustiva al cuestionario médico del formulario de solicitud, podremos considerarlo como una declaración falsa que podría afectar negativamente a esta póliza y a cualquier solicitud de reembolso.

3.1.1

En caso de que determinemos que la declaración falsa fue negligente, nos reservamos el derecho a:

- i. tratar esta póliza como si nunca hubiera existido, rechazar todas las solicitudes de reembolso y devolver la prima abonada. Solo lo haremos en circunstancias en las que, de haber conocido todos los hechos o circunstancias, no le habríamos proporcionado cobertura de seguro; o
- ii. modificar los términos de su póliza, incluidos, entre otros, aplicar una exclusión médica a su póliza; y/o
- iii. en circunstancias en las que habríamos cobrado una prima superior de no haberse producido la declaración falsa, podremos rechazar o reducir proporcionalmente el importe a pagar en una solicitud de reembolso.

3.1.2

Cuando determinemos que la declaración falsa fue deliberada o imprudente, nos reservamos el derecho a:

- i. tratar esta póliza como si nunca hubiera existido, rechazar todas las solicitudes de reembolso y retener la prima pagada.; o
- ii. terminar su póliza de conformidad con la cláusula 6.2.

Podremos aplicar estos términos modificados con carácter retroactivo desde el inicio de su póliza si una solicitud de reembolso presentada nos ha afectado negativamente debido a su declaración inexacta.

Le notificaremos por escrito si se produce cualquiera de las circunstancias anteriores dentro de los 14 días posteriores a haber recibido información actualizada y exacta de su parte o como resultado de nuestra investigación de suscripción con base en motivos razonables.

Si se da cuenta de que la información que nos facilitó durante el proceso de solicitud es inexacta, deberá informarnos lo antes posible utilizando una de las opciones indicadas en la sección «Cómo ponerse en contacto con nosotros» de la página 3 de estas Normas de la Póliza.

3.2 Durante el proceso de autorización previa

Para cubrir cualquier tratamiento hospitalario o ambulatorio bajo el Seguro Médico Internacional para cualquier beneficiario de su póliza, se requiere que usted obtenga nuestra autorización previa. Para aprobar el tratamiento, nuestro equipo médico llevará a cabo una evaluación de necesidad médica y solicitamos que nos facilite toda la información necesaria, incluido el informe médico, el plan de tratamiento, el examen médico o cualquier otra información pertinente relacionada con una afección específica.

Conforme a nuestra evaluación de necesidad médica, podremos requerir acceso a información adicional facilitada por su profesional médico o proveedor de tratamiento. Por lo tanto, requerimos:

- i. que nos permita acceder al profesional médico o al centro, y;
- ii. que nos autorice a consultar sobre un tratamiento o servicio específico facilitado a cualquier beneficiario de su póliza. En determinadas circunstancias, podremos requerir acceso a los historiales médicos de cualquier beneficiario de su póliza por parte de su médico autorizado.

Si usted, su profesional médico o su proveedor de tratamiento no proporcionan o se demoran en facilitar la información requerida, nos reservamos el derecho a ejercer uno o más de los siguientes recursos:

- i. retrasar la aprobación del tratamiento;
- ii. denegar la aprobación del tratamiento;
- iii. reducir el importe que pagaremos por ese tratamiento en un veinte (20) por ciento
- iv. rechazar pagar de forma total o parcial una solicitud de reembolso relacionada si nuestro equipo clínico no puede determinar la necesidad médica;
- v. modificar los términos de su póliza.

Como parte del proceso de autorización previa, en la mayoría de los casos emitiremos una garantía de pago a usted y/o al proveedor de su elección. Esto significa que aceptamos por adelantado pagar algunos o todos los costes de un tratamiento específico con ese proveedor en función de los honorarios estimados que usted nos haya proporcionado y que nosotros hayamos aprobado conforme a la práctica clínica establecida y a los costes médicos apropiados.

3.3 Durante el proceso de reembolso de solicitudes de reembolso

En el caso de que usted, o cualquier beneficiario, haya pagado directamente al hospital, clínica o profesional médico por un tratamiento elegible, deberá enviarnos su factura, recibo y formulario de solicitud de reembolso tan pronto como sea posible después de que dicho tratamiento haya tenido lugar. A fin de procesar su reembolso, podremos requerir que nos facilite información adicional, incluido el informe médico, el plan de tratamiento, el examen médico o cualquier otra información pertinente relacionada con una afección específica. En determinadas circunstancias, podremos requerir acceso a información adicional facilitada por su profesional médico o proveedor de tratamiento. Por lo tanto, requerimos que nos permita acceder al profesional médico o al centro y que nos autorice a consultar sobre un tratamiento o servicio específico proporcionado a cualquier beneficiario de su póliza.

Si usted se demora o no nos facilita la información solicitada, nos reservamos el derecho a ejercer uno o más de los siguientes recursos:

- i. retrasar el reembolso de la solicitud de reembolso;
- ii. denegar el reembolso de la solicitud de reembolso; o
- iii. modificar los términos de su póliza.

Al evaluar su solicitud de reembolso, podremos revisar los costes razonables y habituales de tratamientos y servicios comparables. Solo pagaremos dichos costes de tratamiento cuando consideremos que no son excesivos en comparación con las tarifas habituales en el lugar del tratamiento y conforme a la práctica clínica y médica establecida.

4. Período de desistimiento

Tiene derecho legal a cancelar la póliza en un plazo de catorce (14) días a partir de la fecha de inicio de la misma. Si desea cancelar esta póliza dentro de este período de desistimiento de catorce (14) días y no hemos abonado una solicitud de reembolso ni emitido una garantía de pago, recibirá un reembolso completo de su prima. De lo contrario, si hemos pagado una solicitud de reembolso o emitido una garantía de pago, no reembolsaremos ninguna prima pagada y es posible que tenga la responsabilidad de abonar de cualquier prima pendiente. Para cancelar esta póliza, póngase en contacto con nosotros mediante alguna de las opciones de la sección «Cómo ponerse en contacto con nosotros» de la página 3 de estas normas de la póliza.

Si no ejerce su derecho a cancelar esta póliza durante el período de desistimiento, esta continuará en vigor durante un (1) año a partir de la fecha inicial de inicio y estará obligado a realizar cualquier pago de prima que nos adeude por dicho período.

Sujeto a los términos de la Cláusula 2.2, tanto nosotros como usted también disponemos de otros derechos de rescisión fuera del período legal de desistimiento de catorce (14) días, establecidos en la Cláusula 6.

5. Primas y otros cargos

5.1

Su Certificado de seguro establece la prima y cualquier otro cargo (como impuestos) pagadero y especifica cuándo y cómo deben abonarse. Tal como se indica en la Cláusula 2, a menos que cancele durante el período de desistimiento, será responsable del pago de la prima por el período mínimo de tres (3) meses, con independencia de la frecuencia de pago seleccionada o del momento en que la cobertura finalice.

Los pagos deberán realizarse en la divisa y de la forma detallada en su Certificado de seguro.

5.2

Si usted, o cualquier beneficiario, no solicita nuestra autorización previa para cualquier tratamiento hospitalario o ambulatorio requerido,

reduciremos el importe que pagaremos por dicho tratamiento en un veinte (20) por ciento.

No aplicaremos la reducción en circunstancias en las que consideremos que los costes relacionados corresponden a un tratamiento de urgencia médicamente necesario. No se requiere autorización previa cuando se requiere un tratamiento de urgencia (por ejemplo, en caso de peligro para la vida), pero usted, o alguien que actúe en su nombre, deberá ponerse en contacto con nosotros dentro de las 48 horas posteriores a la administración del tratamiento de urgencia o, si no es posible dadas las circunstancias, tan pronto como sea razonablemente posible.

5.3

El tratamiento en los Estados Unidos debe obtenerse, por regla general, de un hospital, clínica, profesional médico o farmacia que forme parte de la red de Cigna Healthcare en los Estados Unidos. Puede acceder a la lista completa de hospitales, clínicas y profesionales médicos de la red de Cigna Healthcare en su área privada de asegurado segura en línea. Si usted o cualquier beneficiario recibe tratamiento en los Estados Unidos de un proveedor que no forma parte de la red de Cigna Healthcare, reduciremos el importe que pagaremos por los gastos médicos o costes de tratamiento en un veinte (20) por ciento.

No obstante, no reduciremos el importe que pagaremos o reembolsaremos si usted puede demostrar que:

- i. no hay o no había un proveedor de la red de Cigna Healthcare a menos de 30 millas/50 kilómetros de su ubicación en el momento en que se buscó el tratamiento, o;
- ii. el tratamiento pertinente se considera médicamente necesario pero no está disponible en un proveedor de Cigna Healthcare, o;
- iii. el tratamiento pertinente era o es necesario en caso de urgencia.

Tenga en cuenta que podremos, a nuestra entera discreción y sin notificación, realizar cambios en la red de Cigna Healthcare periódicamente añadiendo y/o eliminando hospitales, clínicas, profesionales médicos y farmacias. Actualizaremos la lista de proveedores

médicos en su Área Privada de Asegurado en línea para reflejar cualquier cambio.

5.4

En la mayoría de los casos, pagaremos directamente al hospital, clínica o profesional médico por sus gastos médicos. En el caso de que usted, o cualquier beneficiario, deba pagar al hospital, clínica o profesional médico, deberá enviarnos su factura y el formulario de solicitud de reembolso totalmente cumplimentado tan pronto como sea posible después de incurrir en los costes de cualquier tratamiento.

Todas las solicitudes de reembolso, incluidas las facturas, deberán enviarse dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha en que se incurrieron los costes o se realizó el tratamiento. No pagaremos ni reembolsaremos ninguna solicitud de reembolso presentada por usted o un proveedor médico más de doce (12) meses después de la fecha del tratamiento.

5.5

Todas las solicitudes de reembolso están sujetas al deducible aplicable, a los porcentajes de coste compartido y a los límites de cobertura establecidos en estas Normas de la póliza, en la Guía del cliente y en su Certificado de seguro.

5.5.1

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

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

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

reembolsado puede ser inferior a la cuantía original solicitada.

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

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

5.6

Si usted no paga la prima y/o cualquier otro cargo cuando sea debido, le notificaremos por correo electrónico tan pronto como sea posible y suspendaremos su póliza desde la fecha en que el pago era debido, es decir, se suspenderá la cobertura para todos los beneficiarios. Si el pago se realiza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que era debido, se levantará la suspensión y la cobertura bajo la póliza se restablecerá con efecto retroactivo a la fecha en que el pago era debido.

No aprobaremos tratamientos mientras la póliza esté suspendida. No liquidaremos ninguna solicitud de reembolso mientras exista cualquier pago pendiente hasta que dicho importe haya sido abonado.

Si treinta (30) días después de la fecha en que el pago era debido el importe sigue pendiente, le escribiremos para informarle de que la póliza queda cancelada. La cancelación surtirá efecto en la fecha en que el primer pago pendiente era debido.

5.7

Con sujeción a la Cláusula 13, le informaremos de la prima y de cualquier otro cargo que se aplicará durante el siguiente período de cobertura.

La prima y/o cualquier otro cargo podrá cambiar en cada período de cobertura.

6. Rescisión

6.1

Le enviaremos una notificación por escrito si vamos a rescindir la póliza para todos los beneficiarios de forma inmediata, sujeto a cualquier requisito legal o regulatorio en conflicto, si:

6.1.1

cualquier prima u otro cargo (incluido cualquier impuesto correspondiente) no se paga íntegramente dentro de los treinta (30) días posteriores a su vencimiento, según lo establecido en la Cláusula 5.6;

6.1.2

resulta ilícito que proporcionemos cualquier cobertura disponible conforme a esta póliza o debemos rescindir la póliza en cualquier jurisdicción o territorio en particular por órdenes de una autoridad u organismo regulador competente; o

6.1.3

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

6.2

Sujeto a la Cláusula 3, nos reservamos el derecho de rescindir esta póliza para uno o todos los beneficiarios con efecto inmediato si, a nuestra entera discreción y con base en motivos razonables, determinamos que usted, en el transcurso de la solicitud de la póliza, al solicitar autorización previa o al presentar cualquier solicitud de reembolso, ha ocultado información

o ha proporcionado de forma deliberada o imprudente información que sabe o cree que es falsa o inexacta, o no ha proporcionado información que le hemos solicitado, incluida información médica. En estas circunstancias, nos reservamos el derecho de ejercer todos o cualquiera de los siguientes recursos:

- i. rechazar pagar cualquier solicitud de reembolso; y/o
- ii. reclamarle cualquier importe correspondiente a solicitudes de reembolso que hayamos pagado; y/o
- iii. retener cualquier prima pagada.

6.3

Sujeto a la Cláusula II, si cualquier beneficiario deja de ser expatriado, ya sea como resultado de un cambio en el país de nacionalidad del beneficiario o en su país de residencia habitual, nos reservamos el derecho de excluir a dicho beneficiario de la póliza según los términos establecidos en la Cláusula IO.

6.4

Si ya no operamos en el mercado para ofrecer esta póliza, le notificaremos al menos un (1) mes antes de la fecha de finalización para informarle de que la póliza se rescindirá (y, por tanto, no podrá renovarse) con efecto a partir de la fecha de finalización de la póliza. Nos esforzaremos, pero no estaremos obligados, a encontrar una alternativa adecuada que garantice la continuidad de la cobertura en tales circunstancias.

6.5

Si usted desea rescindir esta póliza y finalizar la cobertura para todos los beneficiarios, podrá hacerlo notificándonos por escrito con al menos catorce (14) días de antelación mediante una de las siguientes opciones:

- i. puede enviarnos un correo electrónico a la dirección indicada en la sección «Cómo ponerse en contacto con nosotros» de la página 3 de estas Normas de la póliza.
- ii. puede ponerse en contacto por escrito con su gestor de cuenta asignado.

- iii. puede iniciar sesión en su área privada de asegurado segura en línea y hacer clic en el botón «¿Necesita cancelar su póliza?», e indicar su fecha de rescisión para activar una notificación al equipo correspondiente.

La rescisión de su póliza surtirá efecto catorce (14) días después de que nos notifique la solicitud. Es importante señalar que, con independencia del momento en que usted rescinda su póliza, se deberá pagar, como mínimo, una prima de tres (3) meses, según lo establecido en la Cláusula 2.

6.6

En relación con el período posterior a la finalización de su cobertura fuera del período mínimo de tres (3) meses, salvo que su póliza sea rescindida de conformidad con la Cláusula 6.2 y/o la Cláusula 7, cualquier prima pagada correspondiente al período posterior a la finalización de la cobertura se reembolsará en la medida en que no se refiera a un período en el que hayamos proporcionado cobertura, siempre que no hayamos pagado ninguna solicitud de reembolso, cubierto ningún tratamiento ni emitido ninguna garantía de pago durante el período de cobertura.

Si hemos pagado una solicitud de reembolso, cubierto un tratamiento o emitido una garantía de pago durante el período de cobertura y su prima anual se cobra en intervalos a lo largo del año de la póliza, usted será responsable de pagar la prima anual restante por los doce (12) meses completos, ya sea abonando los pagos programados o liquidando directamente el importe total pendiente.

6.7

Salvo acuerdo expreso, no seremos responsables de ningún coste de tratamiento si la póliza finaliza o un beneficiario deja la póliza antes de que el tratamiento haya tenido lugar, incluso si el tratamiento ha sido autorizado por nosotros, y usted o el proveedor médico serán responsables de todos esos costes de tratamiento.

7. Fraude

7.1

Si determinamos que un beneficiario ha presentado una solicitud de reembolso fraudulenta bajo esta póliza, nosotros:

- i. no seremos responsables del pago de dicha solicitud;
- ii. podemos pedir al beneficiario que devuelva las sumas pagadas por nosotros con respecto a la solicitud; y
- iii. podemos notificar al beneficiario y tratar el contrato como si hubiera sido rescindido con efecto a partir del momento en el que se produzca el acto fraudulento.

7.2

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

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

7.3

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

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

8. Opciones de cobertura

8.1

Si un beneficiario no tiene cobertura bajo las opciones de Atención Ambulatoria Internacional, International Medical Evacuation, Salud y bienestar internacional o Seguro oftalmológico

y odontológico internacional, no pagaremos ninguno de los tratamientos disponibles bajo dichas opciones.

8.2

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

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

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

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

- > añadir uno o más módulos opcionales al mismo nivel de cobertura que su cobertura principal de Seguro médico internacional: Atención Ambulatoria Internacional, International Medical Evacuation, Salud y bienestar internacional o Seguro oftalmológico y odontológico internacional; y/o
- > modificar el área geográfica de cobertura incluida la cobertura de EE. UU. (es decir, cambiar de Internacional excluida EE. UU. a Internacional incluida EE. UU.).

Estos cambios en la póliza entrarán en vigor no antes de la fecha en que acepte las condiciones que le ofrecemos y permanecerán vigentes al menos hasta la fecha de renovación anual.

8.2.1

Tales cambios están sujetos a nuestra discreción y, antes de realizar cualquiera de ellos, podremos pedirle que complete un nuevo cuestionario de historial médico. Si aceptamos el cambio solicitado, podremos aplicar nuevas restricciones especiales o exclusiones a su póliza actualizada.

Cualquier otro cambio en su póliza relacionado con opciones de cobertura estará sujeto a nuestra absoluta discreción y a la suscripción médica.

8.3

Es importante señalar que no existe cobertura para prestaciones de maternidad (sección «Atención a los padres y al bebé» en la Guía del cliente) en el plan Silver; por tanto, en caso de una mejora del nivel Silver al nivel Gold o del nivel Silver al nivel Platinum, cualquier beneficiario en el plan Silver no tendrá acceso a prestaciones de maternidad hasta que haya cumplido el período de espera de doce (12) meses (veinticuatro (24) meses en el Reino Unido, Hong Kong o Singapur) para las prestaciones de maternidad del plan Gold o Platinum. Una vez que un beneficiario haya estado cubierto bajo el plan Gold o Platinum durante doce (12) meses o más, entonces tendrá acceso a las prestaciones de maternidad.

Para prestaciones de maternidad en caso de una mejora del nivel Gold al nivel Platinum en su renovación, cualquier beneficiario solo tendrá acceso a los límites de prestaciones de maternidad del plan Gold hasta que haya cumplido el período de espera de doce (12) meses (veinticuatro (24) meses en el Reino Unido, Hong Kong o Singapur) del plan Platinum. Una vez que cualquier beneficiario haya estado cubierto bajo el plan Platinum durante doce (12) meses o más (veinticuatro (24) meses en el Reino Unido, Hong Kong o Singapur), tendrá acceso a los límites de prestaciones de maternidad del plan Platinum.

9. Franquicia y coste compartido

9.1

Si ha seleccionado un deducible en el plan de Seguro Médico Internacional y/o en la opción de Atención Ambulatoria Internacional (si corresponde), su deducible elegido se aplicará según la fecha del tratamiento y cualquier importe de deducible pagado se considerará como una solicitud de reembolso con respecto a

su póliza, con independencia de que el importe del deducible pagado haya cubierto total o parcialmente el coste de su solicitud de reembolso.

Reduciremos el importe que pagaremos por el coste del tratamiento con respecto a cada solicitud de reembolso presentada en virtud del Seguro médico internacional o de la opción de Asistencia ambulatoria internacional (si procede) en el importe de cualquier deducible hasta que se alcance el deducible para el período de cobertura.

Liquidación de una factura con proveedores médicos cuando se aplique un deducible:

Cuando existan acuerdos de facturación directa con el proveedor médico seleccionado, emitiremos una garantía de pago al proveedor médico, que incluirá el importe del deducible aplicable. Una vez recibida la factura del proveedor médico, primero liquidaremos los cargos cubiertos directamente con el proveedor médico. Posteriormente, le informaremos a usted y al proveedor médico de cualquier importe pendiente a su cargo y usted será responsable de pagar dicho importe del deducible directamente al hospital, clínica, profesional médico o farmacia.

En circunstancias en las que el proveedor médico le solicite pagar el deducible aplicable directamente al proveedor en el momento del tratamiento, usted debe obtener y conservar una factura y un recibo válidos que acrediten el pago del deducible, a fin de evitar una duplicación de pagos y facilitar la conciliación exacta de la solicitud de reembolso.

Además, cuando el coste total del tratamiento sea inferior al umbral del deducible y usted haya pagado ese importe del deducible directamente al proveedor médico, debe tenerse en cuenta que el deducible no se considerará satisfecho a menos que usted presente una solicitud de reembolso. Para evitar dudas, para que el deducible se aplique y registre correctamente, usted está obligado a presentar todas las solicitudes de reembolso cubiertas, con independencia de si se solicita o no el reembolso. No hacerlo puede dar lugar a que el deducible permanezca pendiente y sea aplicable a futuras solicitudes de reembolso.

9.2

Si ha seleccionado un copago en el plan de Seguro médico internacional y/o en la opción de Asistencia ambulatoria internacional (si procede), reduciremos la cantidad que pagamos en relación con el coste del tratamiento en ese porcentaje de copago. Una vez recibida la factura del proveedor médico, primero liquidaremos los cargos cubiertos directamente con el proveedor médico, y luego usted será responsable de pagar los copagos al hospital, clínica, profesional médico o farmacia. Los importes que pague usted están sujetos al efecto de limitación del desembolso máximo por cuenta propia aplicable.

Su copago elegido se aplicará según la fecha del tratamiento y cualquier importe pagado por copago se considerará como una solicitud de reembolso con respecto a su póliza, con independencia de que dicho importe haya cubierto total o parcialmente el coste de su solicitud de reembolso.

9.3

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

- > Cualquier cantidad que pague debido a un deducible;
- > Cuando se haya superado el límite de cobertura;
- > Cuando el tratamiento no esté cubierto por el Seguro Médico Internacional; o
- > Cuando haya recibido una penalización por no obtener la aprobación previa o por utilizar proveedores médicos que no pertenezcan a la red de Cigna Healthcare.

Los importes que pague usted por franquicia, copago y desembolso máximo por cuenta propia, cuando corresponda, resultan de aplicación por separado a cada beneficiario, cada opción de cobertura y cada período de cobertura.

9.4

No se aplica ningún deducible ni copago a la «prestación en efectivo para hospitalización», a la prestación «Atención al recién nacido»,

«Accidentes y tratamiento en urgencias» o «Global Telehealth con Teladoc» en el plan de Seguro médico internacional.

No se aplica ningún deducible ni copago a las prestaciones dentro de los siguientes módulos opcionales: Salud y bienestar internacional, International Medical Evacuation y Seguro oftalmológico y odontológico internacional.

9.5

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

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

10. Añadir o quitar beneficiarios

10.1

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

10.2

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

10.2.1

Si al menos uno (1) de los progenitores ha estado cubierto por la póliza durante un período continuo de doce (12) meses (veinticuatro (24) meses para nacimientos que ocurran en el Reino Unido, Hong Kong o Singapur) o más antes del nacimiento del recién nacido, no le solicitaremos ninguna información sobre la salud del recién nacido ni un examen médico si recibimos la solicitud para añadir al recién nacido a la póliza dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de nacimiento. Sin embargo, si recibimos una solicitud en un plazo superior a treinta (30) días tras la fecha de nacimiento del recién nacido, el recién nacido estará sujeto a evaluación médica.

10.2.2

Si ninguno de los progenitores ha estado cubierto por la póliza durante un período de doce (12) meses consecutivos (veinticuatro (24) meses para nacimientos que ocurran en el Reino Unido, Hong Kong o Singapur) o más antes del nacimiento, el recién nacido estará sujeto a evaluación médica y podremos aplicar restricciones especiales o exclusiones

10.2.3

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

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.

Le enviaremos un certificado de seguro actualizado, donde se confirmará la incorporación del nuevo beneficiario. Consulte la prestación de «Atención al recién nacido» en su Guía del cliente para obtener más información.

Tenga en cuenta que el importe especificado para la cobertura de la prestación de Atención al

recién nacido solo cubre gastos relacionados con el recién nacido añadido y ningún otro beneficiario podrá reclamar bajo dicha prestación.

10.3

Excepto durante el período de desistimiento, si desea retirar a un beneficiario durante el año de la póliza, debe notificarnoslo dándonos al menos catorce (14) días de aviso por escrito. La retirada del beneficiario de su póliza surtirá efecto catorce (14) días después de que usted, el tomador, nos notifique la solicitud utilizando una de las opciones indicadas en la sección «Cómo ponerse en contacto con nosotros» en la página 3 de estas Normas de la póliza.

Sujeto a la cláusula 2.2, tendrá derecho a un reembolso de cualquier prima abonada por el resto del período de cobertura para dicho beneficiario, siempre que no hayamos pagado una solicitud de reembolso, cubierto un tratamiento o emitido una garantía de pago para ese beneficiario.

Si hemos pagado una solicitud de reembolso, cubierto un tratamiento o emitido una garantía de pago para dicho beneficiario durante el período de cobertura, será responsable del resto de las primas del período de cobertura que estén pendientes.

11. Cambios en cualquier información personal que usted haya facilitado

11.1

Durante el período de cobertura, si hay algún cambio en:

- i. el país de residencia habitual; y/o
- ii. país de nacionalidad; y/o
- iii. la ocupación; y/o
- iv. la participación en actividades peligrosas (según lo establecido en la Exclusión General 29);

de un beneficiario, entonces debe informarnos tan pronto como sea factible y, en cualquier caso, dentro de treinta (30) días.

Nos reservamos el derecho de pedirle periódicamente más información sobre cualquier cambio en la información que usted nos haya facilitado. Tenga en cuenta que cualquier cambio en su información personal o en la de cualquier otro beneficiario puede dar lugar a un cambio en su prima o a la aplicación de una exclusión. Esto puede significar que usted deba realizar un pago adicional de prima, o que sus pagos mensuales o trimestrales aumenten. Si la prima aumenta, le daremos el derecho a cancelar la póliza, de conformidad con la Cláusula 6.5, en cuyo caso aplicarán las Cláusulas 6.6 y 6.7. Tenga en cuenta que el seguro puede proporcionarlo otra empresa de Cigna Healthcare.

II.2

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

II.2.1

Nos reservamos el derecho de revisar todas las solicitudes de reembolso presentadas por beneficiarios en su país de nacionalidad. En circunstancias en las que sepamos o razonablemente creamos que el beneficiario reside, o tiene intención de residir, en su país de nacionalidad por más de ciento ochenta (180) días en total por período de cobertura, podemos, a nuestra entera discreción:

- i. dejar de considerar a ese beneficiario como expatriado, dado que ha regresado a su país de nacionalidad por un período prolongado, y ejercer nuestro derecho a retirar al beneficiario de la póliza de conformidad con la Cláusula 6.3;
- ii. y/o podemos rechazar el pago de cualquier solicitud de reembolso o la emisión de una garantía de pago.

II.3

Podemos solicitar prueba del estatus de expatriado en cualquier momento para cualquier beneficiario. Si usted no nos proporciona la información solicitada dentro de treinta (30) días, nos reservamos el derecho a retirar al beneficiario

en cuestión de la póliza de conformidad con la Cláusula 6.3.

II.4

Si usted, el tomador del seguro, deja de ser un expatriado, ya sea como resultado de un cambio en su país de nacionalidad o en su país de residencia habitual, entonces usted puede:

II.4.1

mantener la póliza en vigor por el resto del período de cobertura; o

II.4.2

poner fin a la póliza mediante notificación escrita, con el efecto de que la cobertura finalizará para todos los beneficiarios. Cualquier prima pagada correspondiente al período posterior a la terminación será reembolsada en la medida en que no se relacione con un período en el que hayamos proporcionado cobertura, siempre que no hayamos pagado solicitudes de reembolso, cubierto tratamientos o emitido garantías de pago durante el período de cobertura.

Si decide mantener la póliza en vigor de conformidad con la Cláusula II.4.1, el tratamiento puede estar limitado según la Cláusula II.2. Debe informarnos antes de la renovación de la póliza si deja de ser un expatriado y determinaremos si podemos ofrecerle un plan de salud alternativo proporcionado por otra empresa de Cigna Healthcare; de lo contrario, podremos decidir no renovar o terminar su póliza.

12. Cómo nos comunicaremos con usted

Salvo que solicite lo contrario, enviaremos cualquier comunicación y notificación relacionada con esta póliza electrónicamente a la dirección de correo electrónico que usted haya proporcionado, y colocaremos los documentos de su póliza en su Área Privada de Asegurado segura en línea.

Acepta que nos comunicaremos principalmente con usted en inglés.

13. Renovación de la póliza

13.1

Esta póliza se renovará automáticamente salvo que decidamos no renovarla, o que usted nos notifique (de conformidad con la Cláusula 13.4) que no desea que la póliza se renueve y que desea, en cambio, terminarla.

13.2

Le escribiremos al menos un (1) mes natural antes de la fecha de finalización para informarle que la póliza se renovará automáticamente y comunicarle cualquier cambio en la póliza y en la prima para el próximo período de cobertura.

El pago mínimo de tres (3) meses de prima no aplica a pólizas renovadas. Este requisito se aplica únicamente al primer año de vigencia de la póliza.

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

13.3

Si usted no nos informa su deseo de no renovar o de cancelar la póliza, su póliza se renovará automáticamente. En tal caso, asegúrese de haber leído y entendido los documentos de la póliza para el próximo período de cobertura. Su cobertura se renovará por otros doce (12) meses.

13.4

Si no desea renovar su cobertura, debe avisarnos por escrito al menos catorce (14) días antes de la fecha de finalización de la póliza, siguiendo el proceso para terminar esta póliza en virtud de la Cláusula [6.5].

13.4.1

Si no renueva su cobertura, cualquier beneficiario elegible que haya estado cubierto por la póliza puede solicitar su propia cobertura. Valoraremos sus solicitudes individualmente y les informaremos si estamos dispuestos a ofrecerles dicha cobertura y bajo qué condiciones. Tenga en cuenta que al menos un (1) beneficiario debe tener al menos dieciocho (18) años, según las condiciones de elegibilidad establecidas en la Cláusula I, para convertirse en tomador del seguro.

13.5

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

13.6

Si se han aplicado exclusiones especiales a cualquier beneficiario, puede haber ocasiones en las que podamos revisarlas en una futura fecha anual de renovación, para considerar si estamos dispuestos a eliminarlas. Si este es el caso, mostraremos la fecha de revisión de exclusiones en el Certificado de seguro. En dicha fecha, también revisaremos la prima adicional (si la hubiera) que hayamos aplicado para cubrir una condición.

Debe ponerse en contacto con nosotros al recibir la notificación de renovación, y al menos siete (7) días antes de la fecha anual de renovación, si existe una exclusión que deba revisarse en esa fecha.

Posteriormente, le informaremos sobre los cambios (si los hubiera) realizados y, cuando corresponda, emitiremos un Certificado de seguro enmendado. Las enmiendas serán efectivas a partir de la fecha anual de renovación correspondiente. No garantizamos que ninguna exclusión especial o prima adicional se elimine en la renovación.

14. Protección de datos

14.1

Al evaluar su solicitud y administrar la póliza y el seguro que se le proporciona, recopilaremos, procesaremos y compartiremos cierta información personal sobre usted. Nos tomamos muy en serio su privacidad y siempre trataremos su información de conformidad con la legislación de protección de datos aplicable, incluido el Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679) y cualquier otra legislación pertinente, así como cualquier guía o código de prácticas emitido en relación con la protección de datos personales. Para obtener más información, consulte nuestro Aviso de protección de datos personales, que podemos actualizar de tiempo

en tiempo. Puede consultarlo en: <https://www.cignaglobal.com/privacy-statement>

14.2

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

15. ¿Quién puede hacer cumplir esta póliza?

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

16. Nuestro derecho a recuperación frente a terceros

La subrogación se refiere a los derechos que Cigna Healthcare puede ejercer para recuperar cualquier gasto o coste de otra compañía de seguros, de un régimen nacional de seguro de salud o de cualquier fuente vinculada al reembolso de tratamientos asegurados bajo esta póliza.

Si Cigna Healthcare acepta indemnizar a un beneficiario en virtud de la póliza, quedaremos de inmediato subrogados en cualquier derecho de recuperación, contractual o de otro tipo, que el beneficiario pueda tener frente a un tercero responsable, en la medida permitida por la ley, y tendremos automáticamente un derecho preferente sobre los fondos recuperados por el beneficiario de dicho tercero, hasta el importe de cualquier prestación pagada conforme a la póliza.

El beneficiario debe firmar todos los documentos que se requieran y hacer todo lo necesario para asegurar y preservar dichos derechos, de modo que Cigna Healthcare pueda iniciar acciones legales en nombre del beneficiario. El beneficiario no perjudicará los intereses de Cigna Healthcare ni sus derechos de recuperación, reales o potenciales, y proporcionará a Cigna Healthcare la información y cooperación que

razonablemente requiera. Podemos solicitar un informe médico del profesional sanitario que haya realizado el tratamiento si requerimos más información.

El beneficiario deberá firmar y entregar toda la documentación que razonablemente se le solicite y adoptar las medidas necesarias para proteger y salvaguardar dichos derechos. El beneficiario se abstendrá de realizar cualquier acción que pueda perjudicar o afectar a dichos derechos. Cigna Healthcare se reserva el derecho de asumir, defender, resolver o transigir cualquier reclamación, así como de interponer cualquier acción legal, en nombre del beneficiario, en la medida permitida por la ley y para la protección de sus derechos. Cigna Healthcare determinará, a su discreción razonable, la forma de llevar a cabo dichos procedimientos y acuerdos.

Con respecto a cualquier gasto que el beneficiario haya sido o pueda ser reembolsado por cualquier otro seguro o fuente, Cigna Healthcare aplicará los principios normales de contribución equitativa e indemnización conforme a las condiciones establecidas en esta póliza, y se reserva el derecho de subrogación y reembolso para recuperar dichos gastos de cualquier fuente.

Cigna Healthcare también tiene derecho de reembolso sobre los fondos de cualquier recuperación, ya sea mediante acuerdo, sentencia u otros medios. Este derecho de reembolso es acumulativo y no exclusivo de los derechos de subrogación otorgados por esta póliza, pero solo hasta el monto de las prestaciones pagadas por la póliza.

Si un beneficiario no cumple o se rehúsa a cumplir con sus obligaciones aquí establecidas, Cigna Healthcare tendrá derecho a recuperar cualquier coste incurrido para hacer cumplir estos términos, incluidos, entre otros, honorarios de abogados, litigios, costes judiciales y otros gastos. Cigna Healthcare también tendrá derecho a compensar la obligación de reembolso con cualquier derecho a prestaciones médicas futuras hasta que el beneficiario haya cumplido por completo con sus obligaciones de reembolso, sin importar cómo se generen esas prestaciones médicas futuras.

Ningún beneficiario celebrará ningún acuerdo que reduzca o excluya específicamente, o intente

reducir o excluir, las prestaciones proporcionadas por la póliza.

17. Otro seguro

Si presenta una solicitud de reembolso en virtud de esta póliza que pueda estar cubierta por otro asegurador bajo una póliza independiente, debe notificárnoslo tan pronto como sea posible, proporcionando los detalles del otro seguro y del asegurador. No tendrá derecho a una doble recuperación. Nos pondremos en contacto con el otro asegurador para analizar la solicitud de reembolso y negociaremos con ellos respecto a qué proporción de la solicitud corresponde a cada parte o, cuando corresponda, podremos reclamarles los costes que ya hayamos pagado.

Cuando Cigna Healthcare haya efectuado un pago en exceso, nos reservamos el derecho a:

- i. recuperar ese pago en exceso de la persona a quien o en cuyo nombre se realizó; o
- ii. compensar el monto de dicho pago en exceso con una futura solicitud de reembolso.

18. Cambios a esta póliza

18.1

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

18.2

Nos reservamos el derecho a realizar cualquier cambio en esta póliza que sea necesario para cumplir con cambios en leyes o regulaciones aplicables. Si esto ocurre, le escribiremos y le informaremos del cambio tan pronto como sea factible.

19. Sanciones

Es una política corporativa global de Cigna Healthcare el cumplir con las normas de sanciones económicas relacionadas con personas, entidades y países aplicables a sus operaciones

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

Además, se aplicarán restricciones a los siniestros en los que se incurra en países sancionados donde no exista una licencia pertinente aprobada por la Office of Foreign Assets Control de los EE. UU. Entre las restricciones, Cigna Healthcare no cubrirá: (1) el tratamiento electivo o preprogramado en países sancionados; ni (2) aquellos beneficiarios considerados “residentes habituales” en un país sancionado. Los beneficiarios se consideran residentes habituales si visitan un país sancionado durante un periodo de más de 6 semanas a lo largo de cualquier periodo de 12 meses.

20. Pandemias, epidemias y enfermedades infecciosas

20.1

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

envío además del coste de los fármacos recetados conforme a lo establecido en las prestaciones ambulatorias de fármacos y apósitos recetados.

20.2

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

20.3

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

Si se debe administrar la vacuna en un ámbito privado autorizado, y el plan que haya seleccionado incluye la cobertura de vacunas que sean adecuadas clínicamente, la vacuna se cubrirá en régimen ambulatorio de acuerdo con las condiciones de la póliza, y siempre que las autoridades reguladoras locales debidas consideren que la vacuna sea segura y efectiva en el país donde se administre.

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

SECCIÓN 2: EXCLUSIONES GENERALES

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

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

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

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

I. Centros de tratamiento, proveedores y profesionales no autorizados o no reconocidos

Tratamiento que sea suministrado por:

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

no lo reconocemos como proveedor de tratamiento. Se pueden obtener los detalles de las personas, instituciones y organizaciones a quienes hayamos presentado dicho aviso llamando a nuestro Equipo de atención al cliente; o

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

2. Enfermedades preexistentes

Salvo acuerdo en contrario, tratamiento para:

- a) una enfermedad preexistente; o
- b) cualquier condición o síntomas que resulten de, o estén relacionados con, una enfermedad preexistente

No pagaremos tratamiento para una enfermedad preexistente de la cual el tomador del seguro era (o razonablemente debería haber sido) consciente en la fecha en que se inició la cobertura, y respecto de la cual no hayamos acordado expresamente proporcionar cobertura.

3. Tratamientos preventivos

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

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

4. Tratamiento por familiares o convivientes

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

5. Conflictos, catástrofes o comportamientos de alto riesgo

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

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

cuando el beneficiario:

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

6. Tratamiento fuera de la zona de cobertura seleccionada

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

7. Costes de viaje

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

8. Evacuaciones del buque a tierra

Cualquier gasto por evacuación entre barco y tierra firme.

9. Residencias de ancianos, balnearios y clínicas naturales

Tratamiento en clínicas de cuidados naturales, spas de salud, residencias de ancianos u otras instalaciones que no sean hospitales o proveedores reconocidos de tratamiento médico. En concreto, no estaría cubiertos los costes de enfermería (por ejemplo, gastos de alojamiento, comida y de subsistencia) o de cualquier otro

tipo de tratamiento en residencias o residencias para la tercera edad, aunque el tratamiento sea médicamente necesario y/o lo administre un médico reconocido.

10. Estancias hospitalarias por razones no médicas

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

11. Alojamiento razonable en hospitales

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

12. Prótesis

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

13. Gastos incidentales

Gastos incidentales, incluidos, entre otros, periódicos, llamadas telefónicas, comidas de acompañantes y alojamiento en hotel.

14. Gastos administrativos

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

15. Ingresos hospitalarios no médicos

Ingresos o estancias hospitalarias no médicas, que pueden incluir:

- a) tratamiento que podría realizarse en régimen de hospitalización de día o ambulatorio;
- b) convalecencia;
- c) ingresos y estancias por razones sociales o domésticas, p. ej., lavado, vestido y baño.

16. Mantenimiento de vida artificial

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

17. Cirugía fetal

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

18. Deshabitación tabáquica

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

19. Lesiones autoinfligidas o intento de suicidio

Si bien cubriremos la atención de salud mental y los servicios de salud conductual médicamente necesarios, incluidos, entre otros, asesoramiento y terapia con especialistas, no cubriremos de otro modo el tratamiento que surja de, o esté relacionado de cualquier manera con, un intento de suicidio o con cualquier lesión o enfermedad que el beneficiario se inflija a sí mismo, salvo que la legislación estatal o federal exija dicha cobertura.

20. Trastornos del desarrollo y de la personalidad

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

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

21. Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM)

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

22. Afecciones y trastornos adictivos

Tratamiento para una afección relacionada derivada de condiciones y trastornos adictivos. Sin embargo, un curso o programa de tratamiento de la adicción en un centro especializado que proporcione tratamiento basado en evidencia (cuando dicho tratamiento sea médicamente necesario y recomendado por un profesional médico), y hasta tres intentos de desintoxicación, está cubierto en virtud de esta póliza en la medida

detallada en la prestación de Atención de Salud Mental y del Comportamiento.

23. Abuso de sustancias y alcohol

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

24. Contracepción

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

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

25. Interrupción voluntaria del embarazo

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

26. Trastornos de disfunción sexual

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

27. Cirugía refractiva ocular

Tratamiento destinado a cambiar la refracción de uno o ambos ojos, incluidos, entre otros, el tratamiento con láser, la queratotomía refractiva y la queratectomía fotorrefractiva. Tenga en cuenta que cubriremos el tratamiento para corregir o restaurar la visión si es necesario como resultado de una enfermedad, dolencia o lesión (como cataratas o desprendimiento de retina).

No cubrimos el tratamiento en caso de presbicia fisiológica - pérdida de visión atribuible al cambio normal de la visión que se produce como consecuencia del envejecimiento.

28. Cirugía de reasignación de sexo

Cirugía de reasignación de sexo, que incluye procedimientos electivos y cualquier asesoramiento médico o psicológico para prepararse para dicha cirugía o posterior a esta, a menos que la ley estatal o federal exija dicha cobertura. Cubriremos los servicios

de salud conductual médicamente necesarios, incluidos, con carácter meramente enunciativo, asesoramiento para la disforia de género y afecciones psiquiátricas relacionadas (como ansiedad y depresión) y terapia hormonal médicamente necesaria.

29. Actividades deportivas peligrosas y profesionales

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

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

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

El senderismo, el excursionismo y el trekking realizados por senderos definidos en pista no se consideran actividades deportivas peligrosas siempre que no se requiera equipo especial (como el uso de cuerdas, arnés, mosquetón, crampones y equipo protector de escalada). Los tratamientos médicamente necesarios tras cualquier lesión sufrida durante estas actividades no peligrosas estarán cubiertos por la prestación

de hospitalización, paciente externo o atención ambulatoria correspondiente.

30. Tratamientos experimentales o no aprobados

Tratamiento que (en nuestra opinión razonable) sea experimental o no haya demostrado ser eficaz. Se incluyen, entre otros aspectos:

- a) tratamiento proporcionado como parte de un ensayo clínico;
- b) tratamiento que no haya sido aprobado por la autoridad de salud pública correspondiente en el país donde se recibe; o
- c) cualquier fármaco o medicamento prescrito para un fin para el cual no haya sido autorizado o aprobado en el país donde se prescribe.

No se cubrirán complicaciones que surjan como resultado de tratamientos experimentales o no aprobados.

31. Tratamientos cosméticos

Cualquier forma de tratamiento cosmético o reconstructivo, y cualquier complicación derivada, cuyo objetivo sea modificar o mejorar la apariencia, incluso por razones psicológicas, a menos que el tratamiento sea médicamente necesario y sea como resultado directo de una enfermedad o una lesión sufrida por el beneficiario, o como resultado de la cirugía.

32. Acto ilegal

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

33. Medicamentos para adelgazar y otros suplementos

Cualquier gasto para:

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

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

SECCIÓN 3: DEFINICIONES

A menos que se indique lo contrario, las palabras y expresiones definidas a continuación y utilizadas en estas Normas de la póliza y su Guía del cliente (incluyendo la sección de la Tabla de prestaciones en las páginas 17-47) tienen los siguientes significados.

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

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

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

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

Área de cobertura seleccionada: hace referencia a:

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

Autorización previa/acuerdo previo: se refiere al proceso formal de ponerse en contacto con nosotros para obtener confirmación de que el tratamiento médico estará cubierto y de que el centro sanitario en cuestión es un proveedor médico aprobado por Cigna Healthcare que cumple con los estándares de calidad de Cigna Healthcare. La aprobación por nuestra parte se basará en el proceso de revisión de la necesidad médica

que lleva a cabo nuestro equipo médico y podemos emitir una garantía de pago, si es necesario, como parte de dicha revisión. El tratamiento médico que requiere autorización previa se indica claramente en la lista de prestaciones de su guía del cliente. **Si no obtenemos la autorización previa requerida por nuestra parte, se reducirá el importe que abonaremos por dicho tratamiento.**

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

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

Cigna Healthcare: el asegurador de esta póliza.

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

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

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

Director ejecutivo: un directivo sénior dentro de Cigna Healthcare que es responsable de la política o de la toma de decisiones.

El periodo mínimo: se refiere a los primeros tres meses consecutivos desde la fecha de inicio inicial de su póliza (incluido el periodo de prueba gratuito de catorce (14) días) por los cuales usted está obligado a pagar primas, independientemente de si ha presentado solicitudes de reembolso en virtud de la póliza o no.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Médico: un médico, especialista, enfermero o terapeuta cualificado (incluidos logopedas, dietista u ortopeda), cirujano dental o dentista que esté colegiado, debidamente cualificado o autorizado para ejercer la medicina o proporcionar tratamiento conforme a las leyes del país, estado u otra zona regulada en la que se proporcione el tratamiento, y que no esté cubierto por esta póliza, o un familiar de alguien cubierto por esta póliza.

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

Paciente diurno: un paciente que es admitido en un hospital o unidad de pacientes ambulatorios u otro centro médico para recibir tratamiento o porque necesita un período de recuperación supervisada por un médico, pero que no ocupa una cama durante la noche. Un ejemplo de paciente ambulatorio sería acudir al hospital para recibir quimioterapia como parte del tratamiento oncológico o someterse a una endoscopia como parte de las pruebas diagnósticas.

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

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

País designado: el país de residencia habitual del beneficiario, siendo ya sea Chipre, Dinamarca, Grecia, Malta y Rumanía o cualesquiera otros países europeos que hayamos acordado incluir antes de la fecha de inicio de la póliza y que

se especificarán en su certificado de cobertura sanitaria.

Periodo de cobertura: esta póliza tiene un periodo de cobertura de doce (12) meses. El periodo 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. La póliza se renueva automáticamente al final del periodo de cobertura, salvo que usted o nosotros indiquemos lo contrario.

Póliza: la póliza que consta de:

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

Red de Cigna Healthcare: la red de hospitales, clínicas, farmacias y profesionales sanitarios que son socios autorizados del Grupo Cigna.

Seguro médico internacional: se refiere a la cobertura principal obligatoria de su póliza de Cigna Healthcare. Constituye la base de su póliza y se compone principalmente de prestaciones para pacientes hospitalizados y pacientes de día. Para consultar la lista completa de prestaciones cubiertas en virtud del Seguro Médico Internacional, consulte el cuadro de prestaciones de su Guía del Cliente.

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

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

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

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

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

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

Vademécum: una lista de fármacos con receta aplicable a todas las solicitudes de reembolso de farmacia en los EE. UU. Cigna Healthcare ha elaborado esta lista con ayuda de nuestro Comité de Farmacia y Tratamientos y se actualiza dos veces al año. Todos los medicamentos incluidos en nuestro vademécum están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA). Los medicamentos de venta libre (aquellos que no requieren receta), excepto la insulina, están excluidos de nuestro vademécum, a menos que la ley estatal o federal exija la cobertura de dichos medicamentos. Le notificaremos cualquier cambio que afecte a la cobertura de un medicamento que esté usted tomando en el momento de la actualización.

«Nosotros», «Nos» y «Nuestro»: cuando utilizamos los términos «nosotros», «nos» y «nuestro», nos referimos a Cigna Healthcare, el asegurador de esta póliza. Consulte la página 3 de este documento de Normas de la póliza para

obtener más información sobre la entidad jurídica de Cigna Healthcare que le proporciona su póliza.

«Usted»: El tomador del seguro.

FINANCIAL SERVICES COMPENSATION SCHEME (FSCS)

Usted puede tener derecho a recibir una indemnización del Financial Services Compensation Scheme si Cigna Healthcare se declara insolvente y no puede cumplir con sus obligaciones hacia usted en virtud de esta póliza. Puede obtener más información sobre el mismo en el sitio web de Financial Services Compensation Scheme: www.fscs.org.uk

Los logotipos de “Cigna Healthcare” y el “Tree of Life” son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., con licencia de uso de The Cigna Group y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios se ofrecen por o a través de dichas subsidiarias, y no por The Cigna Group. En dichas subsidiarias se incluyen Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. y Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2026 Cigna Healthcare. Todos los derechos reservados.