Condiciones Generales

Seguro Mixto de Asistencia Sanitaria

Índice. 1/2

Información legal delaseguradora - Pág.4

Definiciones - Pág.4 a 8

Artículo I. Objeto - Pág.8

Artículo 2. Coberturas del seguro - Pág.8

2.1. Urgencias ambulatorias y hospitalarias - Pág.8

2.2. Asistencia primaria médica - Pág.8

2.3. Asistencia primaria de enfermería o servicios de enfermería - Pág.8

2.4. Especialidades - Pág.8

2.4.1. Alergología - Pág.8

2.4.2. Anestesiología y reanimación - Pág.8

2.4.3. Angiología y cirugía vascular - Pág.8

2.4.4. Aparato digestivo - Pág.9

2.4.5. Cardiología - Pág.9

2.4.6. Cirugía cardiovascular - Pág.9

2.4.7. Cirugía general y del aparato digestivo - Pág.9

2.4.8. Cirugía oral y maxilofacial - Pág.9

2.4.9. Cirugía ortopédica y traumatología - Pág.10

2.4.10. Cirugía pediátrica - Pág.10

2.4.11. Cirugía plástica y reparadora - Pág. 10

2.4.12. Cirugía torácica - Pág.10

2.4.13. Dermatología y venerología - Pág.10

2.4.14. Endocrinología y nutrición - Pág.10

2.4.15. Geriatría - Pág.10

2.4.16. Ginecología y obstetricia - Pág.10

2.4.17. Hematología y hemoterapia - Pág.11

2.4.18. Medicina interna - Pág.11

2.4.19. Nefrología - Pág.11

2.4.20. Neonatología - Pág.11

2.4.21. Neumología - Pág.11

2.4.22. Neurocirugía - Pág.12

2.4.23. Neurología - Pág.12

2.4.24. Oftalmología - Pág.12

2.4.25. Oncología médica - Pág.12

2.4.26. Oncología radioterápica - Pág.13

2.4.27. Otorrinolaringología - Pág.13

2.4.28. Psiquiatría - Pág.13

2.4.29. Reumatología - Pág.13

2.4.30. Tratamiento del dolor - Pág.13

2.4.31. Urología - Pag. 13

2.5. Medios Complementarios de Diagnóstico - Pág.14

2.5.1. Análisis clínicos - Pág.14

2.5.2. Anatomía patológica - Pág.14

2.5.3. Neurofisiología clínica - Pág.14

2.5.4. Medicina nuclear - Pág.14

2.5.5. Radiodiagnóstico - Pág.14

2.6. Tratamientos especiales - Pág.15

2.6.a Aerosolterapia, oxigenoterapia y ventiloterapia - Pág. 15

2.6.b. Fisioterapia y rehabilitación - Pág.15

2.6.c. Foniatría y logopedia - Pág.16

2.6.d. Cámara Hiperbárica - Pág.16

2.7. Hospitalización médico-quirúrgica - Pág.16

2.7.a. Gastos ocasionados por estancia hospitalaria - Pág.16

2.7.b. Servicios médicos hospitalarios - Pág.16

2.7.c. Gastos por Honorarios Médicos - Pág.16

2.7.d. Gastos de Hospitalización psiquiátrica - Pág.16

2.7.e. Gastos de Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intesiva (UVI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) - Pág.16

2.7. f. Gastos de hospitalización de Día - Pág.16

2.7.g. Monitorización electrofisiológica intraoperatoria - Pág.16

2.8. Cobertura de la maternidad y recién nacidos - Pág.16

2.8.1. Obstetricia - Pág.16

2.8.2. Parto o cesárea - Pág.16

2.8.3. Preparación al parto - Pág.17

2.8.4. Recién nacidos - Pág.17

2.9. Otros servicios asistenciales - Pág.17

2.9.1. Ambulancia - Pág.17

2.9.2. Podología - Pág.17

2.9.3. Orientación médica telefónica Cigna Healthcare 24H - Pág.17

2.9.4. Prótesis e implantes - Pág.17

2.9.5. Trasplantes - Pág.18

2.9.6. SIDA - Pág.18

2.9.7. Segunda opinión médica - Pág.18

2.9.8. Cobertura en E.E.U.U para enfermedades graves - Pág.18

2.9.9. Psicología clínica - Pág.19

2.9.10. Medicina preventiva - Pág.19

a) Aparato digestivo - Pág.19

b) Cardiología - Pág.19

c) Ginecología - Pág.19

d) Pediatría - Pág.19

e) Urología - Pág.20

2.9.11. Odontología - Pág.20

2.10. Coberturas para casos graves o complejos

(Case Management / Unidad de seguimiento clínico) - Pág.20

2.10.1. Asistencia y seguimiento relacionado con la cobertura de segunda opinión médica - Pág.20

2.10.2. Orientación sobre cuadro médico - Pág.20

2.10.3. Visitas hospitalarias - Pág.20

Índice. 2/2

2.10.4. Gestión detallada de cobeturas - Pág.20

2.10.5. Coordinación internacional - Pág.20

2.10.6. Seguimiento individualizado - Pág.20

Artículo 3. Períodos de carencia - Pág.20

3.1. Parto o cesárea - Pág.20

3.2. Hospitalización y/o Cirugía - Pág.20

3.3. Acceso a la red Hospitalaria de Cigna Group en Estados Unidos. - Pág.21

3.4. Trasplantes - Pág.21

Artículo 4. Exclusiones - Pág.21

Artículo 5. El contrato de seguro- Pág.22

5.1. Documentación y formalización del contrato de seguro y deber de información - Pág.22

5.2. Condiciones de inclusión en el seguro - Pág.23

5.3. Duración del contrato - Pág.23

5.4. Subrogación - Pág.23

5.5. Prescripción - Pág.23

5.6. Comunicaciones - Pág.23

Artículo 6. Deberes y obligaciones delasegurado - Pág.24

6.1. Primas - Pág.24

6.2. Colaboración en la tramitación - Pág.24

6.3. Impuestos y recargos - Pág.25

Artículo 7. Obligaciones delasegurador - Pág.25

7.1. Prestación de la cobertura - Pág.25

7.2. Información al Tomador del Seguro - Pág.26

7.3. Protección de datos de carácter personal - Pág.26

Artículo 8. Reclamaciones - Pág.27

Artículo 9. Aceptación expresa. Constancia de recibo de información - Pág.27

Anexo. Asistencia en viaje en el extranjero - Pág.28

Definiciones - Pág.28

Condiciones - Pág.28

Estipulación primera: garantías cubiertas - Pág.28

A) Garantías de asistencia médica en viaje:

> **Garantía primera:** gastos médicos, farmaceúticos o de hospitalización en el extranjero - Pág.28

> **Garantía segunda:** gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero - Pág.28

> **Garantía tercera:** traslado sanitario o repatriación médica - Pág.29

> **Garantía cuarta:** envío de un Especialista - Pág.29

> **Garantía quinta:** envío de medicamentos - Pág.29

> **Garantía sexta:** consulta o asesoramiento médico a distancia - Pág.29

> **Garantía séptima:** trámites administrativos para Hospitalización - Pág.29

B) Garantías de asistencia en viaje:

> **Garantía octava:** gastos de regreso de acompañantes - Pág.29

> **Garantía novena:** retorno de menores - Pág.29

> **Garantía décima:** regreso anticipado - Pág.29

> **Garantía undécima:** traslado o repatriación de restos mortales - Pág.30

> **Garantía duodécima:** acompañante de restos mortales - Pág.30

> **Garantía decimotercera:** gastos de estancia del acompañante de restos mortales - Pág.30

> **Garantía decimocuarta:** retorno de acompañantes del fallecido - Pág.30

> **Garantía decimoquinta:** fianzas y gastos procesales - Pág.30

> **Garantía decimosexta:** servicio de información al viajero - Pág.30

> **Garantía decimoséptima:** servicio de información asistencial - Pág.30

> **Garantía decimoctava:** transmisión de mensajes urgentes - Pág.30

> **Garantía decimonovena:** envío de objetos olvidados durante el viaje - Pág.30

> **Garantía vigésima:** gastos de regreso para alta hospitalaria - Pág.30

> **Garantía vigésimoprimera:** gestión de entrega de efectivo en el extranjero - Pág.30

> **Garantía vigésimosegunda:** gastos de desplazamiento de un acompañante - Pág.31

> **Garantía vigésimotercera:** gastos de estancia para acompañante delasegurado hospitalizado - Pág.31

> **Garantía vigésimocuarta:** prolongación de estancia - Pág.31

Estipulación segunda: exclusiones - Pág.31

Estipulación tercera: límites de las garantías - Pág.32

Estipulación cuarta: ámbito territorial - Pág.32

Estipulación quinta: tramitación de siniestros - Pág.32

Estipulación sexta: tratamiento de protección de datos - Pág.32

Índice

Condiciones Generales

Seguro Mixto de Asistencia Sanitaria

Información legal del asegurador

Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, con domicilio social en Pozuelo de Alarcón (28223 Madrid), Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, I- Edificio I4, Planta Primera (en adelante Cigna Healthcare).

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 809, Folio 205, Sección 8, Hoja M-III84; NIF: W-0021205J.

Inscrita en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo el número E0133. Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, es una sucursal de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, compañía privada de responsabilidad limitada constituida bajo la Ley Belga, con domicilio social en Bélgica, Plantin en Moretuslei 309, 2140 Amberes, entidad sometida a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica, estando igualmente sometida a dicho regulador, como entidad aseguradora que opera en España en régimen de derecho de establecimiento, en materia relativa a liquidación.

La autoridad de control con respecto a la actividad aseguradora en España corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones adscrita al Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.

Las presentes Condiciones Generales serán de aplicación a todos los contratos de Seguro de Asistencia Sanitaria, sin perjuicio de las Condiciones Particulares y, en su caso, de las Condiciones Especiales que sean de aplicación. En caso de discrepancia entre las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, las Condiciones Especiales aplicables prevalecerán sobre las Condiciones Particulares, y éstas sobre las Generales.

Definiciones

A los efectos del presente contrato de Seguro Mixto de Asistencia Sanitaria, se entenderá por:

- **Accidente.** Lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza como consecuencia de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

  No se considerarán accidentes las enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.

- **Acto médico.** Prestación realizada por un especialista o profesional sanitario legalmente habilitado para ello, en el ejercicio de su profesión, en un centro sanitario u hospitalario.
- **Antineoplásico (o citostático).** Sustancias que impiden el desarrollo, crecimiento, o proliferación de células tumorales malignas, catalogadas como tal en el Vademecum.
- **Asegurado.** Persona física residente en España a quien corresponden los derechos que derivan del contrato y quien, en defecto del tomador del seguro, asume personalmente las obligaciones derivadas del presente contrato.
- **Asegurado dependiente.** Cónyuge/pareja de hecho del asegurado titular, y/o hijos del asegurado titular o su cónyuge/pareja de hecho.
- **Asegurado titular.** Asegurado que asume personalmente las obligaciones de la póliza en defecto del tomador del seguro.
- **Asistencia ambulatoria.** Es la asistencia médica diagnóstica y/o terapéutica en régimen ambulatorio que se presta en el centro sanitario, en el domicilio del paciente, y/o en un hospital sin pernoctación, y que genera una estancia de duración inferior a 24 horas. **La cirugía mayor ambulatoria no se incluye en este concepto.**
- **Asistencia hospitalaria.** La que se presta en un hospital en régimen de internamiento para el tratamiento médico o quirúrgico del asegurado.
- **Asistencia sanitaria.** Conjunto de actos médicos incluidos en las prestaciones de la póliza.

  La asistencia sanitaria puede prestarse en un hospital (con o sin internamiento) o bien en centros sanitarios o en el domicilio del asegurado.

- **Asistencia y/u hospitalización por motivos de tipo social.** Asistencia y/u hospitalización por causas no relacionadas con patologías médicas objetivas, sino por cuestiones de carácter social y/o familiar.
- **Carencia.** Periodo de tiempo contado desde la fecha de inicio de la póliza, durante el cual no son efectivas algunas coberturas.

- **Centro de día psiquiátrico.** Todo establecimiento sanitario, público o privado, legalmente autorizado y provisto de al menos un psiquiatra y un psicólogo. A los efectos de esta póliza, **no se consideran centro de día psiquiátrico: casas de reposo, balnearios, clubs o asociaciones de enfermos, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas o centros de terapias conductuales como tampoco los establecimientos para el tratamiento de adicciones.**

  El centro psiquiátrico deberá contar con la preceptiva autorización administrativa en vigor y estar inscrito en el registro de centros, servicios y establecimientos psiquiátricos de la comunidad autónoma correspondiente.

- **Centro sanitario o centro médico.** Instalación dotada de medios técnicos en la que especialistas y profesionales sanitarios capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan actividades sanitarias. Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial.

  El centro sanitario deberá contar con la preceptiva autorización administrativa en vigor y estar inscrito en el registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la comunidad autónoma correspondiente.

- **Chequeo.** Conjunto organizado de pruebas o consultas médicas que se realizan para conocer el estado general del individuo y que no están justificadas por sintomatología o patología alguna.

- **Cirugía ortopédica compleja.** Cirugía que se refiere a desórdenes del aparato locomotor, de sus partes musculares, óseas o articulares y sus lesiones agudas, crónicas, traumáticas, y recurrentes y que requiere de alta tecnología y cirujanos especializados formados en las técnicas quirúrgicas más avanzadas.

- **Comunidad científica.** Grupo de expertos (instituciones sanitarias públicas o privadas, sociedades profesionales, paneles de expertos e incluso grupos profesionales; en el ámbito estatal, regional o local) en determinadas patologías cuyo objetivo es revisar, evaluar y consensuar los aspectos más relevantes en la actualidad con respecto al diagnóstico seguimiento y tratamiento de esa patología y así poder elaborar decisiones en la práctica clínica.

- **Consulta.** Asistencia presencial, en un Centro Sanitario u Hospital, del especialista o profesional sanitario, legalmente habilitado al asegurado con el fin de diagnosticar y/o tratar una enfermedad o lesión.

- **Copago.** Importe predeterminado que el asegurado y/o tomador debe abonar directamente al asegurador por cada acto médico, que asume como participación en el coste del servicio, en función de la modalidad de seguro contratada y de acuerdo con los términos y condiciones acordados en la póliza y que no es objeto de reembolso por parte de la aseguradora.

- **Cuestionario de salud.** Formulario de preguntas facilitado por Cigna Healthcare al tomador y/o asegurado, que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro.

- **Deportista profesional.** Persona que practica cualquier tipo de actividad física, ejercida como juego o competición, dentro de la organización de un club o entidad deportiva, de manera profesional y/o a cambio de una retribución.

- **Enfermedad o lesión.** Toda alteración involuntaria del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia sanitaria.

- **Enfermedad congénita.** Es aquella que existe en el momento del nacimiento como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento.
  Podrá manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del asegurado.

- **Enfermedad grave.** A los efectos de esta póliza, son aquellas descritas en el segundo párrafo del artículo 2.9.7.

- **Enfermedad o lesión preexistente.** Aquella contraída con anterioridad al momento del alta inicial en el Seguro de Asistencia Sanitaria, siendo sus síntomas y/o signos conocidos por el asegurado o representante legal y no declarados, en su caso, independientemente de que exista un diagnóstico médico, al cumplimentar el cuestionario de salud previo a la aceptación y contratación de la póliza.

- **Enfermero/a.** Diplomado o grado universitario en enfermería, legalmente capacitado y autorizado para desarrollar la actividad de enfermería.

- **Especialista.** Médico en activo que ha recibido formación específica como especialista en una rama de la medicina o la cirugía reconocida por las autoridades sanitarias del país donde ejerce su actividad, lo que le permite ejercer en esa rama de la medicina o la cirugía, y que dispone de una consulta médica en relación a esa disciplina.

- **Fisioterapeuta.** Diplomado o grado universitario en fisioterapia, legalmente capacitado y autorizado para desarrollar la actividad de fisioterapia, entendida como, conjunto de métodos, actuaciones y técnicas no invasivas a través de la aplicación tanto manual como instrumental de medios físicos.

- **Franquicia.** Importe fijo o porcentaje de los gastos médicos y/u hospitalarios, establecidos en la póliza y abonados por el asegurado al proveedor médico y que no es objeto de reembolso por parte de la aseguradora.
- **Habitación convencional.** Habitación de hospital de una única estancia. **No se consideran como convencionales las suites o habitaciones con antesala.**
- **Honorarios médicos.** Importe correspondiente a los servicios profesionales prestados por especialistas y profesionales sanitarios.

  A los efectos de esta póliza, los honorarios médico-quirúrgicos, incluyen los del médico cirujano, los de sus ayudantes, anestesistas y los del personal médico que se necesite en la intervención o asistencia médica realizada. Por lo tanto, la suma asegurada prevista para honorarios médico-quirúrgicos abarca los de todos los profesionales citados.
- **Hospital.** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y con posibilidad de internamiento superior a 24 horas.

  A los efectos de esta póliza **no se consideran hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas o centros de terapias conductuales, como tampoco los establecimientos para el tratamiento del alcoholismo o la drogadicción.**
- **Hospitalización.** Internamiento (o ingreso) del asegurado en un Hospital por un período mínimo de 24 horas, con motivo de una enfermedad o accidente, bajo el cuidado y atención de un médico.
- **Hospitalización de día.** Supone el registro como paciente en aquellas unidades asistenciales de un hospital, así denominadas específicamente, por un período inferior a 24 horas y pernoctando el enfermo en su domicilio.
- **Implante.** Producto sanitario diseñado para ser insertado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica o técnica especial, con finalidad diagnóstica, terapéutica y/o estética, y destinado a permanecer allí después de dicha intervención.
- **Interconsulta/s.** Consulta realizada durante el ingreso hospitalario por un especialista diferente al responsable del ingreso.
- **Intervención quirúrgica/cirugía.** Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano en un hospital o centro sanitario autorizado. Toda Intervención quirúrgica deberá encontrarse dentro de uno de los grupos establecidos, o en su equivalente, en la clasificación de la Organización Médico Colegial (OMC).
- **Kits.** Conjunto pre-empaquetado de materiales y reactivos diseñados para permitir la recolección, conservación y análisis de muestras biológicas (como sangre, orina, heces, saliva u otros fluidos corporales) destinados a la realización de pruebas diagnósticas, de seguimiento o de evaluación de condiciones de salud.
- **Material de ortopedia.** Productos sanitarios de uso externo, utilizados para corregir o evitar las alteraciones del cuerpo humano.
- **Matrona.** Diplomado o grado Universitario en enfermería especialista en enfermería obstétrico-ginecológica que asiste junto con el médico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
- **Medicina del deporte.** Área médica orientada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de lesiones o patologías relacionadas con la actividad física y el deporte, así como a la promoción de la salud y el bienestar mediante el ejercicio físico. Incluye la evaluación de la condición física del asegurado, el asesoramiento sobre la práctica segura del deporte y la optimización del rendimiento funcional. **La cobertura de esta especialidad estará sujeta a los términos establecidos en la póliza.**
- **Medicina Estética.** Aquella cuyos fines son la restauración, el mantenimiento y la promoción de la estética y la belleza, destinados a solventar un defecto que no tenga repercusión clínica en la salud de la persona o sea consecuencia del envejecimiento fisiológico.
- **Medicina integrativa, holística y anti-edad.** Cualquier enfoque médico diagnóstico o terapéutico que combine prácticas convencionales con terapias complementarias y alternativas cuyo objetivo es la promoción del bienestar general, la mejora del rendimiento físico o mental o la prevención del envejecimiento fisiológico, y que no están reconocidas como parte del tratamiento estándar de las guías clínicas nacionales e internacionales vigentes, ni aprobadas por las autoridades sanitarias competentes como práctica habitual de la especialidad. **La cobertura de estas terapias estará sujeta a los términos y condiciones establecidos en la póliza.**
- **Medios complementarios de diagnóstico.** Pruebas necesarias para la realización de un diagnóstico clínico, clasificadas como tal, dentro del nomenclátor de la Organización Médico Colegial (OMC).
- **Médico.** Doctor, licenciado o máster en medicina legalmente titulado y autorizado en el lugar donde practica para tratar médica o quirúrgicamente las enfermedades o lesiones.
- **Patología aguda.** Aquella que aparece de forma súbita y que requiere tratamiento temprano y tiene una duración limitada en el tiempo (6 meses).

- **Patología crónica.** Enfermedad o dolencia de larga duración (más de 6 meses). En tratamiento rehabilitador, se considera patología crónica aquella en la que no cabe esperar una rehabilitación absoluta en un plazo limitado en el tiempo, o aquella para la que el citado tratamiento se convierta en terapia de mantenimiento.
- **Patología crónica reagudizada.** Patología crónica que presenta exacerbación aguda susceptible de tratamiento inmediato y limitado en el tiempo.
- **Patología de suelo pélvico.** Aquella que deriva de los órganos que sostiene (vagina-útero y/o vejiga), en la medida que la debilidad o disfunción de músculos del suelo pélvico ocasiona una mala posición de los órganos mencionados, provocando su descenso (prolapso) y pudiendo alterarse la continencia urinaria.
- **Psicólogo/a.** Licenciado o grado en psicología, legalmente capacitado y autorizado para desarrollar dicha actividad.
- **Póliza.** Es el contrato del seguro. Se trata de un documento que contiene las condiciones reguladoras del contrato del seguro y que está integrado por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales, la Solicitud del Seguro y el Cuestionario de Salud, así como los Suplementos, Anexos o Apéndices que se emitan.
- **Prescripción médica.** Indicación escrita y firmada por un facultativo legalmente autorizado y requerida por la compañía **emitida con anterioridad a la realización del tratamiento prescrito, prueba diagnóstica o intervención médica**, y que responde a criterios de necesidad clínica, conforme a la normativa sanitaria vigente. La prescripción médica deberá cumplir con los requisitos establecidos por la normativa sanitaria vigente y será condición necesaria para la cobertura de las prestaciones incluidas en la póliza.
- **Prima.** Precio del seguro. Incluirá los recargos e impuestos que sean de legal aplicación. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.
- **Proceso quirúrgico.** Aquel que se establece tras un diagnóstico clínico, dentro de un plan de tratamiento quirúrgico y comprende desde el día de ingreso para dicho tratamiento hasta el día del alta de la intervención quirúrgica. Incluye: estancias hospitalarias en planta y/o UVI, hospital de día, salas, derechos de quirófanos, sala de despertar y/o reanimación, material, medicación, aparatajes, Prótesis e Implantes, pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y honorarios de todos los profesionales asistenciales y técnicos que intervengan en el proceso durante el ingreso hospitalario.
- **Profesional sanitario.** Profesional de la salud que posee conocimientos y habilidades propias de la atención a la salud, organizado por medio de colegios profesionales oficiales y que están en posesión del correspondiente título oficial que les habilite expresamente para ello.
- **Prótesis.** Sustitutivo artificial que, implantado de una forma temporal o permanente, mediante técnica especial operatoria, suple a un tejido u órgano o complementa su función fisiológica.
- **Prueba genética.** Tipo de prueba médica que analiza el material genético y debe realizarse con un objetivo de diagnóstico e instauración o modificación del tratamiento eficaz de la enfermedad, en una persona afecta y sintomática.
- **Psicoterapia.** Método de tratamiento que se efectúa a una persona que padece un conflicto psíquico por indicación o prescripción de un psiquiatra, neurólogo, pediatra u oncólogo.
- **Radiofármaco.** Producto medicinal, con al menos un componente radiactivo, que debe contar con la autorización previa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y cuyas indicaciones se encuentran recogidas en la ficha técnica de la AEMPS. Son utilizados como compuestos de contraste y permiten el estudio molecular del organismo o de una patología determinada que se pretende estudiar.
- **Radioterapia.** Tratamiento basado en el empleo de radiaciones ionizantes, lo que incluye los rayos gamma, las partículas alfa, electrones y fotones.
- **Servicios médicos concertados (o Cuadro Médico de Cigna Healthcare).** Conjunto de especialistas, profesionales de la sanidad, centros sanitarios y hospitales concertados por Cigna Healthcare en España, que constan en la web y que están vigentes en el momento de la prestación del servicio.
- **Siniestro.** Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios cuyo coste se encuentra total o parcialmente cubierto por la Póliza.
- **Suma asegurada.** El límite máximo de la indemnización a pagar en cada caso por el asegurador. El importe de la suma asegurada para cada garantía contratada figurará en las Condiciones Especiales (Plan) de la póliza.
- **Terapia de mantenimiento.** Tratamiento encaminado a evitar el empeoramiento de una patología una vez alcanzado el grado máximo de recuperación funcional.
- **Terapia génica o genética.** Tratamiento o servicio que busca modificar o manipular la expresión de un gen o alterar las propiedades biológicas de las células vivas para uso terapéutico. Es una técnica que modifica los genes de una persona para tratar o curar una enfermedad. Pueden funcionar mediante varios mecanismos:

- Reemplazar un gen que causa una enfermedad por una copia sana del gen.
- Inactivar un gen que causa una enfermedad que no funciona correctamente.
- Introducir un gen nuevo o modificado en el cuerpo para ayudar a tratar una enfermedad.
- Modificar un gen con el fin de alterar el funcionamiento de los receptores de una célula de cualquier origen.

› **Tomador del seguro.** Es la persona, física o jurídica, que contrata el seguro por cuenta propia o ajena y al que corresponden las obligaciones y los deberes que derivan del mismo, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado. Si el tomador del seguro también tiene la condición de asegurado, será considerado como asegurado titular.

› **Urgencia.** Aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención del asegurado que la sufre de tal manera que la ausencia de asistencia sanitaria por parte del asegurador, en ese momento, pone en peligro inmediato la vida del asegurado o la función de algún órgano. Dicha asistencia podrá prestarse tanto en el domicilio del asegurado como en un Hospital o un Centro Sanitario habilitado con servicio de urgencias.

› **Urgencia vital.** Necesidad urgente e inmediata de recibir asistencia sanitaria y que de no prestarse pondría en peligro la vida del asegurado o derivaría en un daño irreparable en su integridad física.

Artículo 1. Objeto

Dentro de los límites y condiciones establecidos en la póliza y del periodo de duración de la misma, Cigna Healthcare asume el compromiso de prestar al asegurado asistencia sanitaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades que figuran en la descripción de las coberturas de la póliza, previo cobro de la prima, copagos y franquicias que en cada caso corresponda.

Cigna Healthcare no prestará ninguna cobertura que no haya sido expresamente contratada y que, por tanto, no esté incluida y/o especificada en su póliza.

Cigna Healthcare en ningún caso reembolsará honorarios de los profesionales y demás servicios médicos concertados pagados directamente por el asegurado, ni de honorarios y/u otros gastos médicos derivados de la asistencia sanitaria prestada por profesionales y hospitales no incluidos en los servicios médicos concertados.

Tampoco podrán concederse indemnizaciones en metálico en sustitución de las coberturas contratadas y prestadas por los servicios médicos concertados.

Las coberturas de la póliza son válidas y se prestan únicamente en España y a través de la modalidad de servicios médicos concertados por Cigna Healthcare, con excepción de las coberturas que prevean otra cosa.

Solo pueden ser asegurados las personas residentes en España. A los efectos del presente contrato, se considera residente en España al asegurado que permanezca en territorio español más de 183 días seguidos.

Artículo 2. Coberturas del seguro

2.1. Urgencias ambulatorias y hospitalarias

2.2. Asistencia primaria médica

Se cubre la consulta de medicina general, medicina familiar y comunitaria, pediatría y puericultura, para pacientes hasta 16 años de edad, en centro sanitario y a domicilio, cuando no sea posible el desplazamiento al centro por causas médicas.

2.3. Asistencia primaria de enfermería o servicios de enfermería

Se garantiza la asistencia primaria prestada por un titulado en enfermería, en consulta/centro médico y a domicilio, **previa prescripción médica.**

2.4. Especialidades

Se cubren, tanto en centro médico como en hospital, las consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos realizados según las coberturas contratadas, en las siguientes especialidades:

2.4.1. Alergología

Se excluyen las vacunas y los tests de intolerancia alimentaria

2.4.2. Anestesiología y reanimación

2.4.3. Angiología y cirugía vascular

Se incluyen las técnicas que usan láser quirúrgico, radiofrecuencia y safenectomía, a partir del grado de severidad CEAP3, en cirugía vascular periférica.

Se excluyen los tratamientos con finalidad estética

2.4.4. Aparato digestivo

Se incluye el fibroscan para valorar la fibrosis hepática y las endoscopias digestivas (incluida la sedación si fuera precisa) diagnósticas o terapéuticas.

Se incluye la mucosectomía, la disección submucosa endoscópica así como la ecoendoscopia.

Se incluye la cápsula endoscópica, **exclusivamente para el diagnóstico de la hemorragia digestiva y/o sangrado intestinal de origen desconocido u oculto**, en casos no concluyentes con otras técnicas diagnósticas, **y para el estudio de la extensión de la enfermedad de Crohn intestinal**, siempre que sea necesario en estudios de intestino delgado no accesible vía endoscópica convencional, **en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare al efecto,** como bajo la modalidad de reembolso de gastos **de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.**

Se incluye la radiofrecuencia **para el tratamiento de esófago de Barret.**

Se incluye la técnica endoscópica POEM **para el tratamiento de la acalasia en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare al efecto,** como bajo la modalidad de reembolso de gastos **de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.**

Se excluye la endoscopia virtual.

2.4.5. Cardiología

Se incluye los ecocardiogramas, holter convencional, ergometrías convencionales, estudios electrofisiológicos y hemodinámica.

Se incluye la colocación de dispositivo oclusor percutáneo para el cierre percutáneo de:

- Comunicación interauricular (CIA).
- Comunicación interventricular (CIV).
- Ductus.

El dispositivo oclusor percutáneo se cubre conforme lo establecido en el punto 2.9.4. Prótesis e Implantes.

Se incluye la implantación de holter subcutáneo **para diagnóstico en pacientes con sincopes reiterados de aparición impredecible cuya frecuencia no haga probable su registro en el sistema holter convencional, cuando no haya sido posible establecer una etiología de los mismos habiéndose realizado previamente un estudio completo de pruebas funcionales de cardiología no concluyentes.**

El holter subcutáneo se cubre conforme lo establecido en el punto 2.9.4. Prótesis e implantes.

Se incluye la litotricia intravascular coronaria (LIC) **para el tratamiento de lesiones coronarias calcificadas.**

2.4.6. Cirugía cardiovascular

2.4.7. Cirugía general y del aparato digestivo

Se incluye la técnica láser en proctología y para la extirpación de condilomas.

Se incluye el uso de radiofrecuencia en cirugía hepática.

Se incluye la cirugía robótica oncológica abdominal (Da Vinci) por patología oncológica maligna de estomago, hígado, vesícula biliar, páncreas, intestino delgado, intestino grueso (colon y recto) como proceso quirúrgico. Este tratamiento se podrá realizar tanto en los **servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare** al efecto, **previo pago al hospital por parte del asegurado de la franquicia que se especifica en las Condiciones Especiales de la póliza**, como bajo la modalidad de reembolso de gastos de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

Se incluye la cirugía bariátrica según los criterios de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) **exclusivamente con técnicas quirúrgicas definitivas.** Este tratamiento se podrá realizar tanto en los **servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare** al efecto, como bajo la modalidad de reembolso de gastos de acuerdo con los límites y condiciones establecidaos en la póliza.

Se excluye la cirugía de Lipedema.

2.4.8. Cirugía oral y maxilofacial

Se excluyen las intervenciones derivadas de patología dental, las intervenciones pre-protésicas y los tratamientos propios de

la especialidad de odontología, los estéticos, así como la asistencia sanitaria anterior y posterior que se precise con ocasión de alguna de dichas intervenciones o tratamientos, a excepción de la extracción de cordales incluidos o no erupcionados y semiincluidos y la extracción de los quistes dentarios asociados siempre a estas extracciones.

A efectos de esta póliza, la cirugía ortognática tendrá la consideración de patología dental.

2.4.9. Cirugía ortopédica y traumatología

Se incluye el neuronavegador, **exclusivamente en casos de cirugía de tumores intramedulares y escoliosis de más de 20 grados**, con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

Se incluye la cirugía endoscópica de columna para tratamiento quirúrgico de hernia lumbar extruida que no requiera estabilización.

Se incluye la cirugía robótica traumatológica (Mako y Rosa) para artroplastia de cadera o de rodilla no intervenidas por artrosis avanzada, como proceso quirúrgico. Este tratamiento se podrá realizar tanto en los **servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare** al efecto, previo pago al hospital por parte del asegurado de la franquicia que se especifica en las Condiciones Especiales de la póliza, como bajo la modalidad de reembolso de gastos de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

Se excluyen las cirugías de recambio de prótesis en ambos casos.

2.4.10. Cirugía pediátrica

2.4.11. Cirugía plástica y reparadora

Se incluye únicamente la cirugía necesaria para eliminar las secuelas de una enfermedad o lesión amparada por la póliza o derivadas de una intervención quirúrgica, igualmente garantizada por la póliza y acaecida durante la vigencia de la misma.

Se excluyen las cirugías con finalidad estética y la cirugía de lipedema.

Se incluye en procesos oncológicos malignos, la reconstrucción de la mama afecta, así como la reconstrucción quirúrgica del complejo areola pezón.

Se incluye la simetrización de la mama contralateral mediante mastopexia sin Implantes **para los procesos oncológicos diagnosticados a partir del 1 de enero de 2022, en los que se haya realizado una mastectomía.**

La reconstrucción mamaria y simetrización deberán realizarse en el mismo tiempo quirúrgico y en un periodo de tiempo no superior a 24 meses tras la cirugía de extirpación de la neoplasia maligna.

Se incluye la reconstrucción mamaria tras mastectomía profiláctica bilateral o contralateral cubiertas por póliza, **en el mismo acto quirúrgico y con la misma técnica.**

Las prótesis e implantes se cubren conforme a lo establecido en el punto 2.9.4.

Se excluye la técnica reconstructiva Lipofilling.

2.4.12. Cirugía torácica

2.4.13. Dermatología y venerología

Se incluye la extirpación de condilomas por láser.

Se incluye la terapia fotodinámica para carcinomas basocelulares y nodulares y enfermedad de Bowen. **Se excluye la medicación.**

Se incluye **una dermatoscopia digital (epiluminiscencia) por asegurado y anualidad, en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare** a tal efecto, para el diagnóstico precoz de melanoma, y **hasta dos por asegurado y anualidad en los casos de melanoma diagnosticado,** así como en la modalidad de reembolso de gastos, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

Se excluye el tratamiento de las lesiones actínicas de la piel y el tratamiento dermatocosmético.

2.4.14. Endocrinología y nutrición

Se excluyen los tratamientos dietéticos, salvo que sean prescritos por un especialista, con ocasión de una enfermedad cubierta por la póliza. **Se excluyen los servicios de nutricionistas.**

2.4.15. Geriatría

2.4.16. Ginecología y obstetricia

Se incluye el láser ginecológico para el tratamiento de lesiones de cérvix uterino y condilomas genitales.

Se incluye el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad. **Los estudios genéticos no se consideran diagnóstico de infertilidad y esterilidad**, a excepción del cariotipo en sangre periférica. Se incluye la determinación del Factor II de Protrombina y el Factor V de Leiden en pacientes que hayan sufrido abortos de repetición justificados médicamente. **Se excluye el tratamiento destinado a solucionar problemas de esterilidad y las pruebas relacionadas con dicho tratamiento.**

Se excluye el láser ginecológico en los casos de incontinencia urinaria, en rejuvenecimiento genital y en cualquier otra patología estética.

Se incluye la cirugía robótica oncológica abdominal (Da Vinci) por patología oncológica maligna de cuerpo uterino, trompas y ovarios como proceso quirúrgico. Este tratamiento se podrá realizar tanto en los **servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare al efecto, previo pago al hospital por parte del asegurado de la franquicia que se especifica en las Condiciones Especiales de la póliza**, como bajo la modalidad de reembolso de gastos de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

Planificación familiar. Se cubre la ligadura de trompas, la vasectomía, la implantación del método anticonceptivo D.I.U., y la colocación del Implante anticonceptivo subcutáneo, **pero no el coste de cualquier dispositivo y/o Implante que serán a cargo del asegurado.**

Se incluye el HPV OncoTect para el diagnóstico precoz del virus del papiloma humano (HPV).

Se incluyen las siguientes pruebas de diagnóstico prenatal:

- Test Amnisure para la detección de rotura prematura de membranas.
- Una (1) ecografía 3D o 4D por embarazo.
- La amniocentesis o biopsia corial, incluyendo el estudio del cariotipo, **únicamente queda cubierta en los casos de:**

  1. Riesgo de anomalía cromosómica fetal:

  a) Edad materna avanzada (a partir de 35 años).
  b) Cromosomopatía fetal en gestación previa.
  c) Anomalía cromosómica estructural o mosaicismo en progenitor.
  d) Anomalía fetal ecográfica o datos sugestivos de aneuploidía.
  e) Marcadores de aneuploidía en suero materno.

  2. Riesgo de trastorno genético ligado al sexo.
  3. Riesgo de trastorno metabólico congénito.
  4. Riesgo de defecto del tubo neural:

  a) Alfafetoproteína.
  b) Acetilcolinesterasa.

  5. Riesgo de infección fetal.

- Test no invasivo de diagnóstico prenatal (uno por embarazo) que incluye el estudio de alteración en los cromosomas 13, 18 y 21, así como en los cromosomas X e Y, **previa autorización de la compañía, en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare a tal efecto,** como bajo la modalidad de reembolso de gastos, **de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.**
- Se incluye un (1) test de cribado de preeclampsia en primer trimestre de embarazo.

2.4.17. Hematología y hemoterapia

2.4.18. Medicina interna

2.4.19. Nefrología

Se incluye el tratamiento con diálisis y riñón artificial de las insuficiencias renales agudas de carácter reversible, así como de las reagudizaciones de procesos crónicos.

2.4.20. Neonatología

2.4.21. Neumología

Se incluyen las espirometrías, las broncoscopias y las ecobroncoscopias.

2.4.22. Neurocirugía

Se incluye el neuronavegador, **exclusivamente en casos de Cirugía intracraneal, Cirugía de tumores intramedulares y escoliosis de más de 20 grados**, con los límites establecidos en la póliza.

2.4.23. Neurología

2.4.24. Oftalmología

Se incluyen las técnicas de fotocoagulación, las campimetrías, angiofluoresceingrafías y retinografías, así como un recuento endotelial por anualidad y ojo.

Se excluye la cirugía refractiva para la corrección de la miopía, hipermetropía, astigmatismo y cualquier otra patología refractiva ocular.

2.4.25. Oncología médica

Se incluyen las dianas terapéuticas.

Se incluyen las plataformas genómicas predictivas en casos de cáncer de mama recién intervenido con afectación entre 0 y 3 ganglios axilares, con un tamaño tumoral mayor de Icm y menor de 5cm, RE (receptor de estrógeno) positivo y HER2 (receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano) negativo, siempre que no existan contraindicaciones para recibir quimioterapia sistémica.

Se incluye panel de cáncer hereditario BRCA plus básico para mama, ovario y/o próstata por técnica de secuenciación, **previa autorización de la compañía, en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healtchcare al efecto, o bajo la modalidad de reembolso de gastos, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la Póliza en los siguientes casos:**

a) Asegurado con diagnóstico de cáncer de mama, ovario o próstata.
b) Asegurado sin antecedentes personales de cáncer de mama, ovario o próstata, cuando se cumplan alguna de las siguientes condiciones:

- 2 o más familiares de I° o 2° grado, en alguno de los casos siguientes:
  - De menos de 50 años, afectados por cáncer de mama.
  - De cualquier edad, afectados por cáncer de ovario o de próstata.

Cigna Healthcare solicitará la documentación médica que considere imprescindible para acreditar el cumplimiento de las anteriores condiciones, así como para poder autorizar los Test BRCA I y 2, pudiendo ser denegada la cobertura si no se aporta la documentación requerida.

Se incluye el test diagnóstico de ADN tumoral para tumores sólidos malignos clasificados como carcinoma de origen primario desconocido, no habiendo sido posible su diagnóstico etiológico mediante las pruebas habituales, y para carcinoma de pulmón avanzado en los que no se haya realizado una biopsia líquida.

Sujeto a prescripción facultativa y limitado a una prueba por asegurado y anualidad que deberá ser realizada, previa autorización y a través del proveedor elegido por Cigna Healthcare, en los centros concertados y designados al efecto.

Se incluye la medicación quimioterápica antineoplásica por vía parenteral, intratecal, intraperitoneal e intravesical y aquellos medicamentos paliativos sin efecto antitumoral, administrados de forma simultánea en la misma sesión de tratamiento, para evitar sus efectos adversos o secundarios y/o controlar los síntomas. El tratamiento será dispensado en régimen de hospitalización o en hospital de día, y siempre de acuerdo con la ficha técnica correspondiente a cada medicamento y a los protocolos internacionales establecidos.

Se excluyen los factores de crecimiento, EPO y moduladores.

Se incluye el test genético de riesgo de cáncer gastrointestinal hereditario, **previa autorización de la compañía, en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare al efecto, en cualquiera de las siguientes indicaciones:**

- Cáncer gastrointestinal antes de los 50 años.
- Múltiples cánceres en una persona.
- ≥ 3 miembros de una familia con cáncer gastrointestinal y otros tumores relacionados (útero y ovario).
- ≥ 10 pólipos gastrointestinales a lo largo de la vida.
- Historia familiar de síndromes de cáncer colorrectal hereditario.

Se incluye **una biopsia líquida por asegurado y anualidad, previa autorización, en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare al efecto,** en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón avanzado **(excluido el cáncer de pulmón de**

células pequeñas), para los que no es posible obtener una muestra para biopsia o la cantidad de tumor es insuficiente para su análisis, y no se haya realizado un test molecular de ADN tumoral.

2.4.26. Oncología radioterápica

Se incluye la radioterapia en procesos oncológicos malignos y tumores intracraneales, así como la radioterapia intraoperatoria en procesos oncológicos malignos, y la radiocirugía en el tratamiento de metástasis y tumores intracraneales (radiocirugía estereotáxica).

2.4.27. Otorrinolaringología

Quedan incluidas las siguientes técnicas quirúrgicas:

- Láser quirúrgico utilizado en Cirugías ORL para reducción amigdalar, cirugía de cornetes, cirugía de SAOS y microcirugía laríngea, **exclusivamente en los servicios médicos concertados por Cigna Healthcare a tal efecto,** como bajo la modalidad de reembolso de gastos, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en póliza.
- Radiofrecuencia.

Se incluyen las fibroscopias y pruebas vestibulares.

2.4.28. Psiquiatría

Se incluyen los ingresos en hospital psiquiátrico por patología psiquiátrica aguda, según los límites y condiciones establecidos en la póliza.

Se incluye la asistencia psicoterapéutica, **en régimen de centro de día psiquiátrico,** en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con fracaso de otros tratamientos previos, entendiendo como trastornos la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. **Será necesaria previa prescripción de un psiquiatra** y se realizará **a través de los servicios médicos concertados por Cigna Healthcare** o en centros de día psiquiátricos no concertados, todo ello de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

Quedan excluidas de la cobertura de centro de día psiquiátrico aquellos trastornos de la conducta alimentaria que presenten asociadas alguna de las siguientes condiciones: trastornos de personalidad o consumo de tóxicos.

Se excluyen el psicoanálisis, la hipnosis, la psicoterapia individual o de grupo, los test psicológicos, los tratamientos para la narcolepsia *y/o* similares, así como la terapia educativa o educación especial en enfermos con afección psíquica.

2.4.29. Reumatología

2.4.30. Tratamiento del dolor

Se excluyen las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.

2.4.31. Urología

Se incluye la vasectomía, los estudios urodinámicos, las flujometrías, las cistoscopias y la litotricia extracorpórea por ondas de choque **únicamente para el tratamiento de la litiasis renal.**

Se incluye la vasectomía sin bisturí **bajo la modalidad de reembolso de gastos de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.**

Se incluye la extirpación de condilomas por láser.

Se incluye la vaporización y enucleación prostática mediante láser en el caso de hiperplasia benigna de próstata **tanto en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare al efecto,** como bajo la modalidad de reembolso de gastos de acuerdo con los límites y condiciones de la póliza.

Se incluye la utilización de técnica láser para el tratamiento de la litiasis reno-uretero-vesical.

Se incluye la cirugía robótica prostática (Da Vinci) como proceso quirúrgico para prostatectomia radical con linfadenectomía parcial sin evidencias de metástasis, en el caso de cáncer de próstata. Este tratamiento se podrá realizar **en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare al efecto, previo pago al hospital por parte del asegurado de la franquicia que se especifica en las Condiciones Especiales de la póliza,** como bajo la modalidad de reembolso de gastos de acuerdo con los límites y condiciones de la póliza.

Se incluye la cirugía robótica renal (Da Vinci) como proceso quirúrgico para nefrectomía radical y parcial, en casos de diagnóstico de cáncer de riñón. Este tratamiento se podrá realizar **en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare al efecto, previo pago al hospital por parte del asegurado de la franquicia que se especifica en las Condiciones Especiales de la póliza,** como bajo la modalidad de reembolso de gastos de acuerdo con los límites y condiciones de la póliza.

Se incluye la biopsia prostática de fusión en pacientes con alta sospecha de carcinoma prostático con PSA elevado persistente (más de seis meses). **Es necesaria prescripción facultativa, y previa autorización de la compañía, se realizará en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare al efecto,** como bajo la modalidad de reembolso de gastos de acuerdo con los límites y condiciones de la póliza.

Se excluye el estudio y el tratamiento de la disfunción eréctil y el tratamiento destinado o relacionado con problemas de esterilidad así como la asistencia sanitaria relacionada con dichos tratamientos.

2.5. Medios complementarios de diagnóstico

Se cubren los medios de diagnóstico, **previa prescripción de un médico,** y se incluye la utilización de contrastes.

2.5.1. Análisis clínicos

Se cubren las determinaciones analíticas, previamente prescritas por un facultativo y realizadas presencialmente en laboratorios de análisis clínicos acreditados por las autoridades sanitarias, **previa autorización por parte de la compañía para el caso de genética, biología molecular e inmunología.**

Se cubre la analítica a domicilio, con prescripción e informe médico, en paciente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), **previa autorización por parte de la compañía, realizados en laboratorios de análisis clínicos acreditados por las autoridades sanitarias.**

Se excluyen los test de intolerancia alimentaria y los test diagnósticos de disbiosis así como los autotest y los kits.

2.5.2. Anatomía patológica

Se incluyen los estudios de inmunohistoquímica.

2.5.3. Neurofisiología clínica

Se incluyen las polisomnografías y los estudios poligráficos y monitorizaciones en el domicilio del asegurado **hasta un máximo de un estudio por asegurado y anualidad con una duración no superior a 24 horas.**

2.5.4. Medicina nuclear

Se incluye la realización de estudios PET-TAC (tomografía por emisión de positrones) y PET-RMN con el radiofármaco I8-FDG, **exclusivamente en los casos de patología oncológica maligna.**

Asimismo, queda cubierta la realización de PET-TAC con el radiofármaco I8-FDG, **en epilepsia refractaria al tratamiento médico.** De acuerdo con los criterios de la Sociedad Española de Neurología, la epilepsia se considera refractaria cuando no ha sido posible controlar las crisis tras el tratamiento adecuado con dos fármacos antiepilépticos tolerados, adecuadamente elegidos y pautados (bien en monoterapia o en combinación), entendiendo como falta de control cuando aparezcan crisis a lo largo de un año o las sufra en un tiempo inferior a tres veces el intervalo entre crisis que mostraba antes de iniciar el tratamiento.

Queda cubierta la realización de PET-TAC con el radiofármaco I8-FDG para la **evaluación de la viabilidad miocárdica en pacientes con disfunción grave del ventrículo izquierdo y que son candidatos a revascularización**, sólo cuando las técnicas de imagen convencionales no son concluyentes.

Se incluye la realización de estudios PET-TAC con el radiofármaco Colina **exclusivamente para la reestadificación de cáncer de próstata en pacientes que sufren recaída bioquímica.**

Se incluye la realización de estudios PET-TAC con el radiofármaco Galio-68 **exclusivamente para estadificación de tumores neuroendocrinos.**

Se incluye la realización de estudios PET-TAC con el radiofármaco Dopa **exclusivamente para cáncer medular de tiroides.**

Se incluye la realización de estudios PET-TAC con el radiofármaco Metionina **exclusivamente para la recidiva de tumor cerebral.**

2.5.5. Radiodiagnóstico

Se cubren las **técnicas habituales como:**

a) Radiología general.
b) Ecografía.
c) TAC (tomografía axial computerizada).
d) RMN (Resonancia Magnética Nuclear, RMN 3 teslas, enteroresonancia): incluida sedación en pacientes en edad pediátrica y/o adultos con patología psiquiátrica y/o neurológica.
e) Angiografía.

f) Arteriografía digital.

g) Densitometría ósea.

h) Mamografía.

i) Radiología vascular e intervencionista.

- Se incluye radiofrecuencia en cirugía percutánea ósea y en cirugía percutánea hepática.
- Se incluye trombectomía percutánea en caso de tromboembolismo pulmonar masivo con inestabilidad hemodinámica e hipertensión pulmonar severa.

j) Se incluye una coronariografía por TAC por asegurado y anualidad, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en Póliza. **Queda expresamente excluida la determinación TC Score calcio.**

k) Resonancia magnética cerebral funcional, para planificación de Cirugía de tumores cerebrales.

l) Ortopantomografía prescrita por cirujano maxilofacial para valoración de extracción de cordales y por patología no dental.

2.6. Tratamientos especiales

Se cubren los siguientes tratamientos, tanto a través de los **servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare** al efecto, como bajo la modalidad de reembolso de gastos, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

a) En caso de patología crónica o aguda, en un hospital, centro médico, o a domicilio:

- **Aerosolterapia.**
- **Oxigenoterapia.** Se incluye tanto el acto médico de la oxigenación como del oxígeno necesario.
- **Ventiloterapia.** Se incluye específicamente el tratamiento con presión positiva continua en vía área (CPAP) o presión positiva variable en vía aérea (BPAP).

b) **Fisioterapia y rehabilitación**. Se cubren los tratamientos mediante técnicas combinadas de rehabilitación del aparato locomotor y respiratoria en pacientes ambulantes e ingresados para patologías agudas y/o crónicas reagudizadas, en hospital o centro médico, realizada por fisioterapeuta y/o médico rehabilitador, como consecuencia de enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, y **bajo prescripción facultativa emitida por el especialista correspondiente**, con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

Se excluyen los ingresos cuyo fin principal sea la rehabilitación.

Se incluye la rehabilitación **exclusivamente mediante reembolso de gastos**, en patología aguda de daño cerebral, incluyendo fisioterapia osteoarticular, logopedia y neuropsicología (tratamiento multidisciplinar en centro médico específico), de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

Se incluye la fisioterapia a domicilio, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza**, previa prescripción médica y autorización de la compañía, y realizadas por fisioterapeuta colegiado, únicamente a través de la modalidad de rembolso de gastos, y en el caso de postcirugía inmediata o pacientes obligados a permanecer inmóviles en la cama.**

Se incluye la litotricia musculoesquelético por ondas de choque**, cuando haya sido prescrita por un traumatólogo o rehabilitador titulado, previa autorización de la compañía y realizándose exclusivamente en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare al efecto,** bajo la modalidad de reembolso de gastos de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza para el tratamiento de las siguientes patologías: tendinitis con/sin calcificación, espolón calcáneo, fascitis plantar y pseudoartrosis.

Se incluye el drenaje linfático tras linfadenectomía en proceso oncológico maligno, **prescrita por el facultativo correspondiente, mediante la aplicación de las siguientes técnicas combinadas: drenaje linfático manual y presoterapia.**

Se incluye la rehabilitación cardiaca, **prescrita por un cardiólogo,** después de haber sufrido un infarto de miocardio agudo o tras cirugía cardiaca coronaria.

Se incluye la rehabilitación de suelo pélvico, **prescrita por urólogo, ginecólogo o cirujano general (según corresponda),** según los límites y condiciones establecidos en la Póliza, **mediante técnicas combinadas en las siguientes indicaciones:**

- **incontinencia urinaria patológica.**
- **incontinencia fecal y anal patológica.**
- **rehabilitación post-parto.**

Se excluye tratamiento de hipopresivos.

Se incluyen los dispositivos que utilicen el láser en la rehabilitación musculoesquelética, de acuerdo con los límites establecidos en la póliza.

Se excluyen los tratamientos para aprendizaje, adquisición de habilidades o estimulación precoz y las terapias de mantenimiento.

c) **Foniatría y logopedia**. Se cubren las sesiones realizadas por foniatra y/o logopeda legalmente habilitado, por patología orgánica de laringe, postcirugía de laringe y tras accidente cerebrovascular agudo, según los límites establecidos en la póliza y previa prescripción médica.

Se excluye el tratamiento para/o en conexión con la logopedia que no tenga una naturaleza reconstituyente, o si dicha terapia:

- **Se emplea para mejorar las habilidades del habla que no se han desarrollado por completo.**
- **Puede considerarse tutorial o educativa.**
- **Se lleva a cabo para mantener la capacidad comunicativa del habla.**

d) Se cubre el tratamiento en **cámara hiperbárica** en **servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare** al efecto, así como bajo la modalidad de reembolso de gastos, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza para **pacientes con patología oncológica maligna y lesión por radiación retardada (tejidos blandos y necrosis ósea)** previa valoración y prescripción de un médico especialista en cámara hiperbárica.

Se cubren los tratamientos realizados en cámaras de 2 ATA (atmósfera técnica absoluta).

Se excluyen resto de tratamientos no definidos en el párrafo anterior.

2.7. Hospitalización médico-quirúrgica

Se cubren los gastos que se detallan a continuación en caso de hospitalización **prescrita por un médico o especialista legalmente habilitado (tanto de los servicios médicos concertados como ajeno a los mismos:**

a) **Gastos ocasionados por estancia hospitalaria.** Uso de habitación convencional y/o hospital de día y manutención del asegurado ingresado y cama de acompañante (si la hubiera), hasta el límite cuantitativo diario que se establezca al efecto en la póliza.

Se excluyen los gastos hospitalarios por uso de teléfono, televisión, manutención del acompañante y otros servicios no relacionados directamente con el tratamiento de la enfermedad o accidente, así como los derivados de ingresos que no sean médicamente necesarios.

b) **Servicios médicos hospitalarios:** utilización de quirófano, material, medicamentos (tanto en quirófano, como los suministrados durante la hospitalización), anestesia, reanimación y/o cualesquiera otros servicios médicos prestados durante la hospitalización hasta el límite cuantitativo diario establecido al efecto en la póliza.

c) **Gastos por honorarios médicos.** Honorarios de los especialistas, ayudantes y anestesistas que intervengan, de los **servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare** al efecto, con los límites establecidos en las condiciones especiales de la póliza.

d) **Gastos de hospitalización psiquiátrica: bajo prescripción facultativa**, hasta el máximo de días por asegurado y anualidad establecido en la póliza.

e) **Gastos de hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**, con los límites establecidos la póliza.

f) **Gastos de hospitalización de día.** Se incluyen en las mismas condiciones y con idénticas exclusiones que los gastos previstos **en las letras a), b) y c) de este artículo 2.7. Se aplicarán los límites establecidos para estancia hospitalaria y gastos médicos hospitalarios.**

g) **Monitorización electrofisiológica intraoperatoria.** En intervenciones intracraneales, en cirugías de parótida y tiroides y en cirugías de columna con compromiso medular o de raíces nerviosas y en cirugía de neurinoma del acústico, todas ellas confirmadas mediante técnicas de imagen o con electromiograma, exclusivamente en los **servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare** o bajo la modalidad de reembolso de gastos, de acuerdo con los limites y condiciones establecidos en la póliza.

2.8. Cobertura de la maternidad y recién nacidos

2.8.1. Obstetrícia

2.8.2. Parto o cesárea

2.8.3. Preparación al parto

Cursos de preparación al parto, impartidos por fisiterapeuta especializado y/o matrona, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

2.8.4. Recién nacidos

Siempre y cuando esté cubierto el parto, se cubren los gastos hospitalarios y médicos ocasionados por los recién nacidos mientras permanezcan ininterrumpidamente en el hospital donde se produjo el alumbramiento, con los límites y exclusiones establecidos en la póliza y **hasta un máximo de siete (7) días** de hospitalización.

Se excluye la asistencia médica y los gastos derivados de parto fuera de un hospital.

2.9. Otros servicios asistenciales

2.9.1. Ambulancia

Se cubre el servicio de ambulancia terrestre para traslado desde el domicilio del asegurado a un hospital privado así como desde un hospital al domicilio del asegurado, o entre hospitales privados, en caso de ingreso cubierto por la compañía.

Deberá ser prescrito por el médico responsable del paciente (por causa clínica, siempre que no pueda realizarse por otro medio), de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza. Tales límites no serán de aplicación cuando el traslado por ambulancia sea necesario y de no prestarse de forma inmediata, ponga en peligro la vida del asegurado o derive en un daño irreparable para su integridad física o para su salud.

Este servicio se realizará en los **servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare** al efecto, como en la modalidad de reembolso de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

En la modalidad de Cuadro Médico será necesario gestionarlo a través del servicio de urgencias de la compañía.

Se excluyen los traslados relacionados con tratamientos de rehabilitación y la realización de pruebas diagnósticas o consultas en régimen ambulatorio.

2.9.2. Podología

Se incluyen las consultas y actos terapéuticos **(no cirugía)** realizados en consulta (quiropodia, tratamiento podológico de la uña incarnata y el tratamiento podológico del papiloma) con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

2.9.3. Orientación médica telefónica Cigna Healthcare 24H

Ofrecida en el número de teléfono indicado por el asegurador al efecto.

2.9.4. Prótesis e Implantes

Se cubren, de acuerdo con los límites establecidos en la póliza, siempre que la cirugía cuente con cobertura, las siguientes prótesis:

1. Válvulas cardíacas.
2. Marcapasos **(con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador).**
3. Holter subcutáneo: según cobertura establecida en el punto 2.4.5. Cardiología
4. Dispositivo oclusor percutáneo, según cobertura establecida en el punto 2.4.5. Cardiología.
5. Prótesis vasculares.
   - By-pass.
   - Stent.
   - Coils: solo en caso de embolizaciones intracraneales, varices pélvicas y varicoceles.
   - Esferas: en hemorragias agudas que representen urgencia vital, así como en embolizaciones y quimioembolizaciones en procesos oncológicos hepáticos malignos.
   - Endoprótesis aórtica.
6. Prótesis internas traumatológicas y material de osteosíntesis.
7. En cirugía de cataratas, quedan cubiertas las lentes intraoculares monofocales no tóricas y las lentes multifocales, estas últimas quedan cubiertas de acuerdo con los límites y condiciones por lente establecidos en la póliza, tanto para centros pertenecientes a los servicios médicos concertados, como para centros no concertados con Cigna Healthcare.
8. Prótesis mamarias tras mastectomía radical por proceso oncológico y tras mastectomía profiláctica de acuerdo con lo establecido en los artículos 2.4.11. y 2.9.10.
9. Mallas quirúrgicas en reparación de defectos de la pared abdominal, mallas urológicas y mallas sintéticas de recubrimiento mamario tras cirugía de neoplasia maligna de mama.

10. Reservorio implantable port-a-cath en tratamientos oncológicos.
11. Prótesis digestivas: esofágicas, hepato-biliares y colo-rectales, **exclusivamente en procesos oncológicos.**
12. Mallas biológicas de duramadre para sustitución de la duramadre en cirugía intracraneal o espinal tumoral, y sustitución de pericardio en cirugía cardiaca.
13. Prótesis testicular.
14. Válvula de hidrocefalia en derivaciones de líquido cefalorraquídeo (LCR).
15. Banco de huesos.
    - Injertos óseos en aquellas cirugías en las que sean necesarios para cubrir el defecto óseo.
    - Ligamentos biológicos, **exclusivamente en aquellas cirugías de ligamento de rodilla.**
16. Drenajes timpánicos de teflón.
17. Implantes biológicos en cirugías intracraneales y de columna vertebral en las especialidades de traumatología y neurocirugía.
18. Prótesis de oído en cirugía de colesteatoma y otoesclerosis.

Se excluye el material de ortopedia, entendiendo por tal los aparatos ortopédicos en general (sillas de ruedas, camas ortopédicas, corsés, collarines y bastones de apoyo), así como cualquier aparataje de uso domiciliario.

Se excluyen las intervenciones quirúrgicas así como cualquier gasto hospitalario relacionado con la implantación o sustitución de una prótesis no cubierta.

Quedan expresamente excluidas las prótesis y/o implantes personalizados y cualquier otro material no recogido explicitamente en las presentes Condiciones Generales.

2.9.5. Trasplantes

Se cubren los gastos hospitalarios y médicos derivados de la realización de trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, de acuerdo con los límites por asegurado y anualidad establecidos en la póliza.

Se excluyen los órganos, tejidos, células o componentes celulares objeto del trasplante y su transporte.

Se excluyen las pruebas de donante.

2.9.6. SIDA

Esta prestación cubre los gastos derivados del tratamiento de las enfermedades o lesiones que tuvieran lugar con motivo de sufrir el asegurado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

2.9.7. Segunda opinión médica

Se cubre, en el caso de las enfermedades graves que se indican en el párrafo siguiente, la valoración por parte de especialistas de reconocido prestigio contactados a través de un proveedor de la compañía, del diagnóstico y/o tratamiento médico del asegurado en relación con las referidas enfermedades. Para que la prestación pueda realizarse, el asegurado deberá cumplimentar los formularios que se le faciliten y, en su caso, entregar la información y/o documentación médica que le sea requerida. El asegurado obtendrá un informe de segunda opinión médica de un especialista/s que no tiene vinculación alguna con el asegurador, a través de dicho proveedor.

Las enfermedades respecto de las cuales se podrá solicitar la segunda opinión médica son las siguientes: oncología, enfermedades cardiacas (incluyendo cirugía cardiaca y angioplastia), trasplante de órganos, enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas (incluyendo accidentes cerebrovasculares), cirugía ortopédica compleja, enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso y enfermedades y dolencias derivadas de la insuficiencia renal.

En aquellos casos en los que, tras la segunda opinión médica, el asegurado desee desplazarse al extranjero para recibir tratamiento, podrá obtener información sobre servicios de apoyo llamando a la compañía aseguradora, **aunque ello no significa que se garantice la asistencia médica en el extranjero, que sólo estará cubierta cuando se especifique expresamente en la póliza y siempre en los términos y condiciones pactados.**

2.9.8. Cobertura en Estados Unidos para Enfermedades graves

Se cubre el porcentaje establecido en las Condiciones Especiales de la póliza de los gastos médicos correspondientes a la asistencia sanitaria recibida, **dentro de la red de hospitales concertada por Cigna Group en Estados Unidos y previa autorización del asegurador**, para el tratamiento de aquellas enfermedades graves especificadas en el artículo 2.9.7. de estas Condiciones Generales, cuyo diagnóstico se ha realizado de forma presencial en España por un especialista.

La cobertura se ajustará a los límites y condiciones establecidos en la póliza. En todo caso, los importes asumidos por el asegurador computarán para el cálculo anual de la suma asegurada y el límite anual para la modalidad de reembolso de gastos.

No resultan de aplicación a esta cobertura los sublímites y límites parciales económicos establecidos en la póliza para determinadas especialidades médicas.

Aquellos gastos médicos no cubiertos por el asegurador, bien por exceder el porcentaje establecido o por haber excedido el límite anual establecido, no quedarán cubiertos por el presente seguro por esta cobertura.

2.9.9. Psicología clínica

Se cubre la atención psicológica de carácter individual y temporal, para el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica, **exclusivamente mediante la modalidad de reembolso de gastos de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza**. Se incluye el diagnóstico psicológico simple y los test psicométricos **(se excluyen los formularios, que serán por cuenta del asegurado).**

La presente cobertura requerirá la previa prescripción por un psiquiatra, neurólogo, oncólogo, médico general / familia o pediatra (si el asegurado es menor de 16 años).

Se incluye el servicio de orientación psicológica ofrecido en el número de teléfono y horario indicado por el asegurador al efecto y por consultas on-line.

2.9.10. Medicina preventiva

Se cubren las consultas médicas, exploraciones físicas y pruebas diagnósticas específicas necesarias para la detección precoz de enfermedades relacionadas con las especialidades indicadas a continuación:

a) **Aparato digestivo.** Incluye un programa de prevención del cáncer colorrectal para asegurados en edad de riesgo, determinada ésta según los estándares médicos aceptados.

b) **Cardiología.** Incluye un programa de prevención del riesgo coronario para asegurados en edad de riesgo, determinada ésta según los estándares médicos aceptados. Pruebas incluidas en el programa: ECG, holter convencional, ergometría convencional y ecocardiograma. **Queda expresamente excluida la determinación TC Score calcio.**

c) **Ginecología.** Se cubre una revisión anual ginecológica para el diagnóstico precoz de enfermedades de mama y de cuello uterino.

   Se incluye la mastectomía profiláctica contralateral para aquellas aseguradas **diagnosticadas de cáncer de mama y con un resultado positivo en la prueba BRCA 1 y/o BRCA2**, que decidan someterse a una mastectomía bilateral, quedando incluida igualmente la reconstrucción de ambas mamas, **siempre que se realice en el mismo acto quirúrgico y con la misma técnica reconstructiva**.

   En caso de que, por motivos médicos, la reconstrucción de la mama sana no pudiera realizarse en un primer tiempo quirúrgico y tuviera que posponerse, la asegurada dispondrá de un plazo **máximo de 24 meses tras la mastectomía, para someterse a dicha reconstrucción.**

   La intervención se cubrirá de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza y deberá realizarse, previa autorización de la compañía, en los **servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare** al efecto, o bajo la modalidad de reembolso de gastos, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

   Se excluye la técnica reconstructiva lipofilling.

   Se incluye la mastectomía profiláctica bilateral, para aquellas aseguradas que, estando asintomáticas, **hayan realizado un test BRCA 1 y/o BRCA 2**, **obteniendo un resultado positivo**, y decidan de forma libre y voluntaria, realizarse una mastectomía bilateral con reconstrucción de ambas mamas, mediante la colocación de prótesis mamarias, **siempre que se realice en el mismo acto quirúrgico**.

   Se excluye cualquier otra técnica reconstructiva.

   La intervención **se cubrirá en los servicios médicos concertados y designados por Cigna Healthcare** al efecto, previa autorización de la compañía y bajo la modalidad de reembolso de gastos, de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en la póliza.

   Se incluye ooforectomía profiláctica para aquellas aseguradas que, estando asintomáticas, **hayan realizado un test BRCA 1 y/o BRCA 2, obteniendo un resultado positivo**, y decidan de forma libre y voluntaria la extirpación preventiva de los ovarios, según los límites y condiciones establecidos en la póliza.

d) **Pediatría.** Se incluyen consultas periódicas y del desarrollo infantil, así como exámenes de salud del recién nacido, incluyendo pruebas de otoemisiones, audiometría, test de agudeza visual, metabolopatías, tanto en los casos establecidos en artículo 2.8.4. de las Condiciones Generales, como una vez dado de alta en la póliza.

e) **Urología.** Se incluye un programa de prevención del cáncer prostático para asegurados en edad de riesgo, determinada ésta según los estándares médicos aceptados.

2.9.II. Odontología

Se incluyen las visitas, extracciones dentarias simples, radiografías periapicales (para ver la parte más interna de la pieza dentaria), ortopantomografía y **una limpieza bucal anual, dentro de los centros concertados y designados por Cigna Healthcare al efecto.**

Se entiende por extracción dentaria simple la exodoncia que, por su dificultad técnica, no precisa ningún tipo de instrumentación especial para poderla realizar, como contraposición a la extracción dentaria compleja que requiere para efectuarla algún tipo de instrumentación especial, bien sea por su anatomía o por el estado destructivo de la pieza dentaria.

2.10. Coberturas para casos graves o complejos (Case Management/Unidad de Seguimiento Clínico)

Se incluye el seguimiento individualizado por un/a enfermero/a, y **previa autorización del asegurador** a asegurados que presenten patologías graves, como las que, a título enunciativo pero no limitativo se indican a continuación:

- Oncológicos.
- UCI.
- Hospitalización de larga estancia.
- Embarazos de alto riesgo.
- Prematuros.
- Politraumatismo.

Las coberturas que se ofrecen, sujetas al criterio clínico de la/el enfermera/o de Cigna Healthcare gestor/a del caso incluyen, entre otras:

2.10.1. Asistencia y seguimiento relacionado con la cobertura de segunda opinión médica

2.10.2. Orientación sobre cuadro médico

2.10.3. Visitas hospitalarias

2.10.4. Gestión detallada de coberturas

2.10.5. Coordinación internacional

2.10.6. Seguimiento individualizado por un/a enfermera/o asignado que servirá de enlace con la compañía durante el proceso.

La inclusión en el programa de la Unidad de Seguimiento Clínico no impedirá la gestión de su proceso clínico.

En ningún caso Cigna Healthcare hará recomendaciones sobre las indicaciones médicas que haya recibido el asegurado, ni de su propio médico ni de los médicos de la segunda opinión médica, conservando el paciente, en todo momento, su plena autonomía en la toma de decisiones.

Artículo 3. Periodos de carencia

Durante los periodos de carencia establecidos para las coberturas indicadas en la póliza, el asegurado no tiene derecho a la prestación, salvo que dichos periodos de carencia no sean de aplicación y así se indique expresamente en las Condiciones Particulares. Igualmente, Cigna Healthcare asume la necesaria asistencia sanitaria en caso de urgencia vital y mientras dure dicha situación de urgencia, de acuerdo con lo indicado en la póliza.

Las siguientes coberturas objeto del presente contrato tienen los períodos de carencia que se indican a continuación:

3.1. Parto o cesárea

La prestación de parto o cesárea tiene un **periodo de carencia de ocho (8) meses** contados desde la fecha de inicio del período de cobertura, salvo en casos de urgencia vital para la madre o para el feto, o en partos diagnosticados como prematuros, siempre que la gestación se haya iniciado con posterioridad a la fecha del alta de la asegurada.

Se aplica igualmente el **periodo de carencia de ocho (8) meses**, a las cesáreas que se prescriban a la asegurada de forma anticipada (cesáreas programadas, con independencia de su motivación) y que no sean consecuencia de una urgencia vital para la madre o para el feto.

3.2. Hospitalización y/o cirugía

Todas las prestaciones incluidas dentro del artículo 2.7. de las Condiciones Generales, tienen un **periodo de carencia de seis (6) meses**, contados desde la fecha de inicio del período de cobertura, salvo en casos de urgencia vital para el asegurado.

3.3. Acceso a la red Hospitalaria de Cigna Group en Estados Unidos

Tiene un periodo de carencia de doce (12) meses contados desde la fecha de inicio del período de cobertura del asegurado en la póliza.

3.4. Trasplantes

Tiene un **periodo de carencia de doce (12) meses** contados desde la fecha de inicio del período de cobertura del asegurado en la póliza.

Artículo 4. Exclusiones

A parte de las exclusiones que se indican en cada uno de los artículos, se EXCLUYEN en todo caso de las coberturas de este seguro:

a) **Los daños o siniestros que, por su magnitud y gravedad, sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.**

b) **Los hechos ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín o tumulto popular y hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad y los producidos por conflictos armados.**

c) **Los fenómenos de la naturaleza tales como inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos.**

d) **Los derivados de la energía nuclear.**

e) **Las epidemias oficialmente declaradas.**

f) **Las enfermedades o lesiones preexistentes.** La presente exclusión no aplica cuando no fuese requerido el cuestionario de salud ni cuando, siendo requerido, Cigna Healthcare haya aceptado expresamente y por escrito cubrir la preexistencia.

g) **Las relativas a toda clase de enfermedades congénitas, salvo las de:**

- Los hijos de la asegurada que hayan nacido durante la vigencia de la póliza y cuyos partos (o cesáreas) hayan estado cubiertos por esta póliza, siempre y cuando hayan comunicado el alta en el plazo de un mes desde su nacimiento y dicho alta se realice con efectos retroactivos a la fecha de nacimiento o a la fecha de adopción.
- Los hijos del asegurado que hayan nacido o sido adoptados durante la vigencia de la póliza y cuyos partos (o cesáreas) no hayan estado cubiertos por la misma, siempre y cuando el asegurado haya comunicado al asegurador, con al menos un mes de antelación a la fecha de nacimiento o adopción, la intención de asegurar a dichos hijos y dicho alta se realice con efectos retroactivos a la fecha de nacimiento.

h) **Los exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita, tratamiento o prueba que tenga carácter de medicina preventiva** salvo los citados en el artículo 2.9.10.

i) **Cualquier internamiento hospitalario, operación quirúrgica, prueba diagnóstica o tratamiento médico que no haya sido prescrito y aprobado por un médico.**

j) **Las derivadas del alcoholismo, la drogadicción y las intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y al uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos. Los accidentes sufridos en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes, o a consecuencia de acciones delictivas propias, imprudencia o negligencia grave establecida judicialmente.**

k) **La cirugía estética, plástica o reparadora** salvo los casos citados en el artículo 2.4.11.

l) **Los tratamientos con finalidad puramente estética, las curas de rejuvenecimiento, desintoxicación y/o sueño, las curas termales y climáticas, implantes capilares, los tratamientos en balnearios y las gimnasias y terapias de mantenimiento.**

m) **Las prótesis e implantes, de cualquier tipo, así como las piezas anatómicas ortopédicas,** salvo las específicamente cubiertas por la póliza en el artículo 2.9.4. **Quedan expresamente excluidas las prótesis y/o implantes personalizados.**

n) **Las pruebas genéticas distintas de las que expresamente se citan en las especialidades,** salvo aquellas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. **Queda expresamente excluido la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos. Se excluyen los estudios de farmacogenética,** excepto los que se citan expresamente, **así como los** tratamientos mediante Terapia Génica **(A título de ejemplo, y no limitativo, Terapia CAR-T).**

o) **Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización,** salvo los específicamente cubiertos por la Póliza con un límite máximo de reembolso equivalente a su precio venta al público y publicado por el Ministerio de Sanidad o la autoridad que resulte competente. **Las vacunas de todo tipo.**

p) **Las técnicas quirúrgicas y/o tratamientos terapéuticos que usan el láser o el HIFU y la cirugía robótica, salvo en los casos expresamente incluidos en las diferentes especialidades.**

q) **Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos no utilizados de forma habitual (en la mayoría de las comunidades autónomas) y generalizada en centros de la sanidad pública (la mayoría de dichos centros en cada una de las comunidades autónomas) y las pruebas diagnósticas y tratamientos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén**

suficientemente probadas o que no gocen del consenso de la comunidad científica de España. Tampoco será objeto de cobertura, aquellas consultas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la medicina holística, integrativa y anti edad, así como medicina del deporte.

r) **La tentativa de suicidio o de mutilación voluntaria, los accidentes causados intencionadamente por el asegurado, así como la eutanasia.**

s) **Las operaciones de cambio de sexo o cualquier tratamiento necesario para prepararse o recuperarse de dichas operaciones (por ejemplo, asesoramiento psicológico), incluyendo las complicaciones como resultado de dicho tratamiento.**

t) **La hospitalización por problemas de tipo social y para cuidados paliativos.**

u) **Para los asegurados cubiertos por las prestaciones del régimen de la Seguridad Social, la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las comunidades autónomas que no estén concertados con el asegurador.**

v) **Las enfermedades o accidentes derivados de la participación en una actividad o deporte peligroso con carácter de aficionado. Se consideran actividades y deportes peligrosos las actividades siguientes, entre otras, aunque no de forma limitativa: deportes de motor, deportes o actividades aéreas, competiciones de velocidad, esquí fuera de pista, submarinismo, pesca submarina a pulmón libre, espeleología, escalada o alpinismo, puenting, rafting, paracaidismo, parapente, piragüismo en aguas bravas, deslizamiento en trineos, boxeo o artes marciales, cualquier tipo de carrera, rally o competición que no se haga a pie, rugby, halterofilia, tiro y esgrima.**

Los accidentes sufridos como deportista profesional durante la participación en carreras o competiciones y sus correspondientes pruebas y entrenamientos de forma profesional.

w) **Tratamientos de reproducción asistida, así como cualquier otro tratamiento similar y el estudio diagnóstico y el tratamiento de la disfunción eréctil; tratamiento destinado a solucionar problemas de esterilidad; la reversión tanto de la vasectomía como de cualquier otro tratamiento quirúrgico dirigido a reestablecer la fertilidad del asegurado.**

x) **Toda asistencia relacionada o derivada de un acto médico no cubierto, ni tan siquiera de las complicaciones que pudieran producirse.**

y) **El intervencionismo fetal.**

z) **La interrupción voluntaria del embarazo.**

Adicionalmente a las anteriores exclusiones, en cualquier caso, a la cobertura de Asistencia Sanitaria en viaje al extranjero le son aplicables las exclusiones establecidas en el correspondiente Anexo.

Referencias a la ley de contrato de seguro.

Artículo 5. El contrato de seguro

5.I. Documentación y formalización del contrato de seguro y deber de información

El tomador del seguro tiene la OBLIGACIÓN, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que este le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Teniendo en cuenta la anterior obligación, la presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y/o por el asegurado en el boletín de adhesión o solicitud de seguro, en el Cuestionario de Salud y en cualesquiera otros medios de transmisión de información admitidos por Cigna Healthcare y aceptados por el asegurado, incluyendo expresamente la contratación electrónica y telefónica. Dichas declaraciones constituyen la obligación fundamental del tomador del seguro y /o asegurado de declaración del riesgo, especialmente el Cuestionario de Salud, y por tanto constituyen un elemento esencial del contrato y la base para la formalización del mismo.

El tomador del seguro tiene el deber y la obligación de firmar todos y cada uno de los documentos que integran la póliza y entregar un ejemplar firmado al asegurador.

El seguro produce efectos una vez firmada la póliza y satisfecha la prima correspondiente.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar al asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Una vez formalizado el contrato y durante el curso del mismo, el tomador del seguro y/o el asegurado deberán comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declarados en el momento de la contratación de la póliza, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En ningún caso se considera agravación del riesgo la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, por lo que no ha de ser informada al asegurador.

5.2. Condiciones de inclusión en el seguro

No podrán adherirse al seguro personas de edad igual o superior a 64 años, o la edad que en su caso se fije en las Condiciones Particulares o Especiales.

El asegurador y el tomador del seguro podrán pactar condiciones de inclusión adicionales que figurarán en las Condiciones Particulares.

El asegurador se reserva el derecho a rechazar la inclusión en el seguro o a limitar o excluir algunas de sus coberturas, sobre la base de las declaraciones realizadas en el Cuestionario de Salud o cualquier otro documento facilitado al efecto y, en su caso, del reconocimiento médico.

A los efectos del presente contrato, se considera residente en España al asegurado que permanezca en territorio español más de 183 días seguidos.

5.3. Duración del contrato

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se entenderá automáticamente prorrogado por un plazo de un año y así sucesivamente a la expiración de la anualidad en curso.

Tanto el tomador del seguro como el asegurador podrán oponerse a la prórroga del seguro mediante una notificación escrita a la otra parte, remitida con un plazo de, al menos, un mes de antelación a la fecha de la conclusión de la cobertura del periodo inicial o de la prórroga anual, cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

5.4. Subrogación

El asegurador, una vez prestada la asistencia sanitaria objeto del presente contrato, podrá ejercitar los derechos y acciones que, por razón de la enfermedad o accidente, correspondiera al asegurado frente a las personas responsables del mismo o los organismos públicos o entidades que legal o reglamentariamente estuviesen obligados a su cobertura en virtud de aseguramiento obligatorio o voluntario, hasta el límite del coste de la asistencia sanitaria satisfecha.

Este derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del asegurado ni otros familiares hasta el tercer grado de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que conviva con dicho asegurado. Esta excepción no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo, o si la responsabilidad está amparada mediante contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

En caso de concurrencia del asegurador y asegurado frente al tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

5.5. Prescripción

Las acciones derivadas del presente contrato prescriben en un plazo de cinco años a contar desde que pudieran ser ejercitadas.

5.6. Comunicaciones

Las comunicaciones se dirigirán alasegurador por el tomador del seguro/asegurado, al domicilio social de éste, o a cualquiera de sus oficinas u otra dirección telemática expresamente designada por elasegurador para determinadas comunicaciones, siempre que así conste expresamente.

Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro y, en su caso, al asegurado, se realizarán al domicilio de éstos indicado en la póliza y/o dirección de correo electrónico u otro medio telemático, cuando ello sea compatible con el contenido y formato de la comunicación.

Estas condiciones generales estarán disponibles en la página web de Cigna Healthcare España (www.cigna.es).

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros o correduría alasegurador, en nombre del tomador del seguro o delasegurado, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador del seguro, salvo indicación en contrario de los mismos. En todo caso, se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Sin embargo, las comunicaciones efectuadas por el tomador o el asegurado al corredor de seguros o correduría no se entienden realizadas al asegurador hasta que sean recibidas por este.

Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro o asegurado a un agente de seguros delasegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a este.

El asegurador solicitará el consentimiento del tomador del seguro y/o elasegurado para grabar las conversaciones telefónicas que mantengan en relación con la presente póliza con el fin de utilizarlas en sus procesos de calidad y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes, preservando en todo caso la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

Tienen idénticos efectos que las comunicaciones recibidas las realizadas por escrito que hayan sido rehusadas, las certificadas no recogidas en la oficina de Correos y las que no lleguen a su destino por haber cambiado el domicilio sin haberlo notificado de forma fehaciente alasegurador.

Artículo 6. Deberes y obligaciones del asegurado

6.I. Primas

El tomador del seguro pagará al asegurador la prima en la forma y fechas especificadas en las Condiciones Particulares de esta póliza. Si se pacta el pago fraccionado de la prima anual, el tomador del seguro estará obligado al pago del primer plazo en el momento de la perfección del contrato.

Las primas sucesivas deberán hacerse efectivas en sus correspondientes vencimientos. El fraccionamiento de pago de la prima no libera al tomador del seguro de la obligación de abonar la totalidad de la prima.

Si por culpa del tomador del seguro la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, elasegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, elasegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, o de cualquiera de sus fracciones si se ha pactado el pago fraccionado de la prima, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento.

Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso correspondiéndole la fracción de prima del tiempo que haya estado suspendida la cobertura.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador del seguro pagó la prima (o fraccionamiento/s pendiente/s).

El asegurador, previa comunicación al tomador del seguro con dos meses de antelación al vencimiento del periodo en curso, podrá modificar anualmente las primas fundamentándose en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial del seguro de los siguientes conceptos: el incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la póliza, el aumento de la siniestralidad, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato, u otros hechos de consecuencias similares.

El tomador del seguro, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro con las nuevas primas establecidas por el asegurador para la siguiente anualidad, o su extinción al vencimiento de la anualidad en curso. En este caso deberá notificar al asegurador con un mínimo de un mes de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza su voluntad de no prorrogar el contrato.

6.2. Colaboración en la tramitación

En caso de siniestro cubierto por este contrato de seguro, el tomador del seguro y /o elasegurado estarán obligados a cooperar con el asegurador en aminorar todas las consecuencias del mismo, así como a comunicar inmediatamente al asegurador su ocurrencia, circunstancias y posibles consecuencias.

El asegurado, sus familiares o causahabientes deberán permitir la visita de médicos del asegurador, así como cualquier averiguación o comprobación que el asegurador considere necesaria para la verificación del siniestro, autorizando la entrega al asegurador de cuantos documentos relacionados con la cobertura de la póliza solicite.

Toda la información complementaria solicitada por el asegurador para la comprobación del siniestro deberá ser remitida por el tomador del seguro o asegurado en el plazo máximo de sesenta (60) días desde la ocurrencia del siniestro.

El tomador del seguro o el asegurado deberán remitir al asegurador junto con la comunicación del siniestro, el informe médico que especifique el diagnóstico y naturaleza de la enfermedad, cuando así lo requiera el asegurador. Los documentos se presentarán en la forma y con el contenido requerido por el asegurador.

El asegurado, deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

El incumplimiento de estas obligaciones dará lugar a que el asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen. Si concurren dolo o culpa grave por parte del tomador del seguro y/o asegurado, el asegurador quedará liberado de su obligación de indemnizar.

6.3. Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deben de pagar por razón de este contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del tomador del seguro o del asegurado.

Artículo 7. Obligaciones del asegurador

7.1. Prestación de la cobertura

Las coberturas objeto de este seguro se proporcionarán a través de las siguientes modalidades, de acuerdo con lo establecido para cada una de ellas:

a) **Servicios Médicos Concertados.** En esta modalidad, el asegurado tiene acceso directo a la cobertura contratada en la póliza a través de los profesionales sanitarios y hospitales en España incluidos en los servicios médicos concertados.

Se exigirá la previa identificación del asegurado como persona cubierta por el seguro. A tal fin, serán facilitadas al tomador del seguro al inicio de la cobertura, las correspondientes tarjetas que acreditan la condición de asegurado y que el asegurado deberá mostrar al facultativo junto a su Documento Nacional de Identidad o documento legalmente equivalente. La información sobre los servicios médicos concertados se actualizará periódicamente en la página web de Cigna Healthcare España. El tomador del seguro será responsable solidario de cualesquiera gastos incurridos por el asegurado por servicios prestados a través de los servicios médicos concertados utilizando una tarjeta de Cigna Healthcare correspondiente a un aseguramiento extinguido. Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que pudiera incurrir el asegurado en caso de uso fraudulento de la tarjeta.

En esta modalidad de prestación de la cobertura, el asegurador en ningún caso reembolsará honorarios de los profesionales y demás servicios médicos concertados pagados directamente por el asegurado, ni de honorarios y gastos médicos derivados de la asistencia sanitaria prestada por profesionales y hospitales no incluidos en los servicios médicos concertados.

A efectos del seguro, se entenderá comunicado el siniestro cuando el asegurado acuda a los servicios médicos concertados o solicite un servicio.

b) **Reembolso de gastos.** En esta modalidad de prestación de la cobertura, el asegurado podrá solicitar las prestaciones sanitarias cubiertas en su póliza a cualesquiera especialistas u hospitales de su elección, **salvo en aquellos casos expresamente especificados en el artículo 2 de las Condiciones Generales en los que la cobertura se presta exclusivamente mediante la modalidad de servicios médicos concertados**. El asegurador reembolsará al asegurado las facturas por él abonadas, en el porcentaje y con los límites y condiciones establecidos en las Condiciones Generales, en las Condiciones Particulares y en las Condiciones Especiales, apéndices, suplementos y anexos de esta póliza.

El asegurado deberá, necesariamente, remitir al asegurador la factura original de los honorarios satisfechos a fin de determinar la cuantía del reembolso, cumplimentar el formulario de solicitud de reembolso preparado por el asegurador al efecto y, en su caso, facilitar aquella información adicional que le sea requerida para comprobar el siniestro y/o la asistencia sanitaria prestada.

En este supuesto, el tomador del seguro o el asegurado deberán comunicar el siniestro al asegurador en el plazo máximo de siete (7) días a contar desde la primera asistencia sanitaria.

La comunicación del siniestro deberá ser completada y firmada por el médico que atendió al asegurado. En caso de incumplimiento de esta obligación, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del hecho por otro medio.

En esta modalidad de cobertura, el asegurador no reembolsará al asegurado el importe de las facturas emitidas por cualquier asistencia sanitaria prestada por los facultativos y hospitales incluidos en los servicios médicos concertados.

c) **Modalidad mixta o uso simultáneo de las dos modalidades.** Supone el uso de las dos descritas anteriormente (Cuadro Médico de Cigna Healthcare y reembolso de gastos). En ella, el asegurador asumirá directamente los costes de la asistencia sanitaria recibida por el asegurado por la modalidad de servicios médicos concertados y reembolsará dichos gastos de los profesionales y centros ajenos al Cuadro Médico, de acuerdo con los términos y condiciones de reembolso pactados.

En todo caso, esta modalidad mixta estará permitida si los acuerdos entre el asegurador y los profesionales, centros y establecimientos así lo permiten.

En caso contrario, la totalidad de los gastos por el uso simultáneo estarán limitados a la cantidad establecida en las Condiciones Particulares para la prestación en reembolso de gastos. A los efectos de dicho límite, el asegurador abonará en primer lugar los gastos que correspondan a los servicios médicos concertados.

Consecuentemente, la cantidad máxima de reembolso será la diferencia entre el referido límite y el coste de los servicios médicos concertados.

Las Condiciones Especiales especificarán la forma de prestación de la cobertura contratada.

En todas las modalidades de prestación de la cobertura, el asegurado puede libremente elegir y utilizar los servicios del Profesional Sanitario y/o Centro Médico u Hospital que considere más oportuno, según las coberturas y la modalidad de prestación contratada en la póliza. El derecho de libertad de elección de profesional y centro, la falta de cualquier jerarquía organizativa por parte del asegurador, la independencia de criterio y el secreto profesional son circunstancias que, cada una de ellas individualmente, presuponen necesariamente la ausencia de cualquier tipo de responsabilidad del asegurador por los actos de los mismos.

7.2. Información al tomador del seguro

Conforme a lo dispuesto en la Ley 20/2015, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el asegurador proporciona la siguiente información, además de la ya contenida en el resto de la póliza:

a) **Que la ley aplicable a este contrato de seguro** es la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, así como su normativa de desarrollo.

b) **Cuando el contrato se haya celebrado utilizando una técnica de contratación a distancia**, y de conformidad a lo previsto en la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, el tomador del seguro podrá resolver unilateralmente el presente seguro, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de treinta (30) días desde la celebración del seguro o a la recepción por el tomador del seguro de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria prevista en dicha ley, si esta recepción se produce con posterioridad a la conclusión del seguro.

c) **Que, para el caso de cualquier queja o reclamación sobre el seguro**, el tomador, beneficiario, asegurado o derecho habientes de cualquiera de ellos, se pueden dirigir a las siguientes instancias para su resolución:

   I. Por escrito, al servicio de incidencias de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA-NV Sucursal en España, Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo 1 - Edificio 14, Planta Primera (28223) Pozuelo de Alarcón – Madrid, o en la dirección de correo electrónico **servicio.incidencias@cigna.com**.

   II. Defensor del Cliente de Cigna Healthcare, C/ Velázquez, 80, 1º dcha., 28001 de Madrid, o en la dirección de correo electrónico **reclamaciones@da-defensor.org**.

   La tramitación de las quejas y reclamaciones por las instancias anteriores nunca superará el plazo legalmente establecido y el procedimiento está regulado en el Reglamento para la Defensa del Cliente de Cigna Life Insurance Company of Europe, que se encuentra a su disposición en las oficinas de la Entidad.

   III. Una vez agotada la vía interna del asegurador referida en el apartado anterior, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones sita en el Paseo de la Castellana, 44 - 28046 Madrid, (www.dgsfp.mineco.es). Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Servicio de Incidencias del asegurador, sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada la petición.

7.3. Protección de datos de carácter personal

Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, actuando como responsable del tratamiento, tratará los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario (en adelante el "Interesado") para las siguientes finalidades principales:

- **Gestionar la solicitud y/o ejecución del contrato de seguro, incluyendo la administración de pólizas, tramitación de reembolsos y atención al cliente, sobre la base de la ejecución del contrato.**
- **Cumplir con obligaciones legales, como las relacionadas con prevención del blanqueo de capitales o requerimientos de autoridades, sobre la base del cumplimiento de obligaciones legales.**
- **Prevenir e investigar el fraude, sobre la base del interés legítimo de Cigna en proteger su actividad aseguradora.**

Estas finalidades representan las principales actividades de tratamiento, sin perjuicio de otras detalladas en el Anexo de Protección de Datos de la Póliza o en nuestra Nota Informativa de Privacidad.

Los datos podrán ser obtenidos directamente del Interesado o a través de terceros autorizados (como mediadores, empleadores en pólizas colectivas o profesionales sanitarios, entre otros).

Cigna podrá comunicar los datos personales del Interesado a terceros autorizados y tratarlos en países tanto dentro como fuera del Espacio Económico Europea. En caso de transferencias, se garantizará un nivel adecuado de protección mediante transferencias basadas en decisiones de adecuación o la aplicación de garantías apropiadas, como cláusulas contractuales tipo, conforme a la normativa aplicable.

El Interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, así como solicitar más información sobre el tratamiento de sus datos, escribiendo a: CGHB-EU-Privacy@cigna.com.

Para más información, consultar el Anexo de Protección de Datos de la Póliza o acceder a nuestra Nota Informativa de privacidad disponible en nuestra web: https://www.cignasalud.es/privacidad-y-proteccion-de-datos.

Artículo 8. Reclamaciones

8.1. Arbitraje

Si las dos partes estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros de conformidad con la legislación vigente.

8.2. Competencia de jurisdicción

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado en España, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Artículo 9. Aceptación expresa. Constancia de recibo de información

El tomador del seguro reconoce expresamente que ha recibido las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que integran esta póliza manifestando su conocimiento y conformidad con las mismas.

Igualmente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, y como pacto adicional a las Condiciones Particulares, el tomador del seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del presente contrato y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos.

Por último, el tomador del seguro reconoce expresamente haber recibido del asegurador, por escrito, la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el estado miembro del domicilio del asegurador y su autoridad de control, la denominación social, dirección y forma jurídica del asegurador, así como, en su caso, la información mínima prevista en la Ley 22/2007, de II de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

En los seguros colectivos, el tomador del seguro manifiesta haber facilitado a los asegurados y facilitará a eventuales futuros asegurados tal información, así como cualquier otra que afecte a los derechos y obligaciones de los asegurados en virtud de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de esta Póliza, y especialmente la relativa a la información y consentimiento del tratamiento de datos de carácter personal, con anterioridad a su inclusión en el seguro.

CIGNA LIFE INSURANCE COMPANY OF EUROPE S.A./N.V. - SUCURSAL EN ESPAÑA W 0021206 J

Juan José Montes Escribá

Director General
Cigna Life Insurance Company of
Europe, SA/NV, Sucursal en España.

Anexo.
Asistencia en viaje en el extranjero

Las siguientes coberturas y garantías adicionales serán ofrecidas por la aseguradora IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, S.A., con domicilio social en Julián Camarillo 36, 28037 Madrid y N.I.F. A-78562246.

Inscrita en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo el número C0627.

Las coberturas de la Asistencia en Viaje en el Extranjero se prestan de forma independiente al resto las coberturas, siendo la continuidad de su prestación únicamente aplicable si se establece en las coberturas generales.

Definiciones

A los efectos del presente Anexo de Asistencia en Viaje en el Extranjero, se entenderá por:

- **Domicilio familiar del asegurado**. El de su residencia en España. A efectos de las prestaciones de las coberturas y límites de indemnización descritos en cada una de ellas, el domicilio del asegurado es el de su residencia habitual en España, por lo que siempre que aparezca la palabra España, se entenderá que es el país de origen del asegurado y la palabra extranjero se entenderán todos los demás países.
- **Equipaje.** Los objetos de uso personal que el asegurado lleve consigo durante el viaje, así como los expedidos por cualquier medio de transporte.
- **Familiares.** Se consideran familiares únicamente los cónyuges, parejas, hijos, padres, nietos, abuelos, hermanos, suegros, yernos, nueras y cuñados del asegurado, salvo lo dispuesto para cada cobertura. Además tendrán esta condición los tutores legales del asegurado.
- **Pareja.** Cónyuge, pareja de hecho inscrita como tal en un registro de carácter oficial, local, autonómico o nacional así como situaciones análogas de convivencia acreditada.
- **Residencia habitual.** Aquel lugar en que el asegurado tiene su vivienda principal. En caso de duda, se entenderá que es aquel que figura como tal en su inscripción censal.
- **Viaje al extranjero.** Cualquier desplazamiento y consiguiente estancia de los asegurados fuera del país donde se halle su domicilio y/o residencia habitual.

Condiciones

Se cubre la asistencia sanitaria durante los desplazamientos temporales fuera del territorio español por periodos inferiores a 90 días consecutivos, en los términos y condiciones que se detallan en la regulación de la Garantía de Asistencia en Viaje en el Extranjero. Para recibir dicha asistencia, deberá llamar previamente al número de teléfono indicado por el asegurador al efecto.

Los términos y condiciones cubiertas bajo la garantía de "Asistencia en Viaje en el Extranjero" para los desplazamientos temporales al extranjero por periodos inferiores a 90 días consecutivos son los siguientes:

Estipulación primera: garantías cubiertas

A) Garantías de asistencia médica en viaje:

- **Garantía primera: gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización en el extranjero**

  El asegurador toma a su cargo los gastos y honorarios médicos por consultas o tratamientos al asegurado, incluso los quirúrgicos y farmacéuticos, en caso de enfermedad o accidente cubierto por la póliza, siempre y cuando se haya solicitado la previa conformidad según lo dispuesto en los trámites a seguir en caso de Siniestro (Estipulación QUINTA).

  De determinarse por el médico del asegurador, o de la reaseguradora que en su caso cubra esta prestación, de común acuerdo con el que estuviera atendiendo al asegurado, la necesidad de que éste sea hospitalizado, el asegurador se hará cargo de los gastos de traslado hasta el Hospital, su estancia en el mismo y los servicios sanitarios necesarios para la curación del asegurado, incluidos los gastos farmacéuticos **hasta el límite de veinte mil euros (20.000 €) por siniestro y asegurado.**

- **Garantía segunda: gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero**

  En el supuesto de viaje al extranjero, el asegurador se hará cargo de los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, rotura de piezas, caída de empastes, etc. **que requieran un tratamiento de urgencia, con un límite trescientos euros (300 €) por siniestro y asegurado.**

- **Garantía tercera: traslado sanitario o repatriación médica**

  El asegurador procederá al traslado, con atención médico-sanitaria si fuera necesario, delasegurado que hubiera sufrido un accidente o enfermedad grave, que exija cuidados vitales, y siempre que así lo decidan los servicios médicos delasegurador en colaboración con el Médico que trate alasegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un hospital en España o al domicilio, si fuera posible.

  El transporte sanitario se realizará en el medio más adecuado atendiendo al estado del enfermo o accidentado, así como a las demás consideraciones de índole sanitaria y de disponibilidad de medios. **En todo caso, el avión ambulancia sólo será utilizable en Europa y países ribereños del mar Mediterráneo.**

  En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a repatriación médica, elasegurador se hará cargo del transporte delasegurado en vehículo o ambulancia, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados sanitarios necesarios.

- **Garantía cuarta: envío de un especialista**

  Si el estado de gravedad delasegurado no permitiera su traslado sanitario a España según lo dispuesto en la cobertura anterior, y la asistencia sanitaria que le pudiera ser prestada localmente no fuera suficientemente idónea a juicio de los servicios médicos delasegurador, éste enviará un especialista al lugar donde se encuentra el asegurado para su atención sanitaria hasta que se pueda proceder a la repatriación médica.

- **Garantía quinta: envío de medicamentos**

  El asegurador enviará un medicamento de interés vital para el tratamiento de las lesiones o enfermedad grave ocurridas durante el viaje al extranjero en caso de que no pueda ser obtenido en el lugar donde se halle elasegurado, enfermo o accidentado. En el supuesto de que elasegurador asuma los gastos médicos, de conformidad y en aplicación de la garantía primera, los mismos se extenderán al coste del medicamento, siendo en caso contrario a cargo delasegurado únicamente el precio satisfecho por elasegurador para la adquisición del medicamento en cuestión.

- **Garantía sexta: consulta o asesoramiento médico a distancia**

  Si el asegurado precisara durante el viaje una información de carácter médico que no le fuera posible obtener localmente, podrá solicitar la misma telefónicamente al asegurador, el cual la proporcionará a través de sus centrales de asistencia, sin asumir ninguna responsabilidad por la citada información, habida cuenta de la imposibilidad de diagnóstico telefónico.

- **Garantía séptima: trámites administrativos para hospitalización**

  El asegurador colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión delasegurado en el hospital, previa solicitud a la central de asistencia.

B) Garantías de asistencia en viaje:

- **Garantía octava: gastos de regreso de acompañantes**

  En el caso de que elasegurado fuera hospitalizado o trasladado, a causa de accidente o enfermedad grave cubierto por la póliza, y viajara con su cónyuge o pareja de hecho o familiares directos en primer grado, y estos no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieren utilizando, el asegurador organizará y tomará a su cargo el traslado a su lugar de origen o al de destino, a elección de los acompañantes, en un medio de transporte público y colectivo, **siempre que el coste del traslado al destino no supere el de retorno al domicilio.**

- **Garantía novena: retorno de menores**

  Si el asegurado viajara en compañía de hijos menores de 18 años y quedasen sin asistencia sanitaria por causa de accidente, enfermedad o traslado de aquel cubierto por la póliza, no pudiendo continuar el viaje, elasegurador organizará y tomará a cargo su regreso al domicilio familiar en España, satisfaciendo los gastos de viaje de un familiar o amigo designado por elasegurado para que los acompañe en su regreso si fuera necesario.

  Si el asegurado no pudiera designar a nadie, el asegurador proporcionará un acompañante.

  En todo caso, el transporte de los menores y acompañante se realizará en el medio de transporte público y colectivo más adecuado a las circunstancias del caso.

- **Garantía décima: regreso anticipado**

  Si el asegurado debe interrumpir su viaje por fallecimiento de su pareja, ascendientes o descendientes en primer grado de consanguinidad o afinidad de cualquiera del asegurado, el asegurador le facilitará un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado, para acudir hasta el lugar de inhumación en España, del familiar fallecido.

Esta garantía se extiende excepcionalmente al supuesto de graves daños materiales en el domicilio familiar en España.

- **Garantía undécima: traslado o repatriación de restos mortales**

  Si en el transcurso de un viaje cubierto por la póliza, se produjera el fallecimiento del asegurado, el asegurador se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado de sus restos mortales hasta el lugar de inhumación en España.

- **Garantía duodécima: acompañante de restos mortales**

  De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del asegurado fallecido, el asegurador facilitará a la persona con domicilio en España que designen los familiares, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para acompañar el cadáver.

- **Garantía decimotercera: gastos de estancia del acompañante de restos mortales**

  De haber lugar a la cobertura anterior, si el acompañante debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento, por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales delasegurado, elasegurador se hará cargo de sus gastos de estancia y manutención, **hasta sesenta euros con diez céntimos de euro (60,10 €) por día con un máximo de tres (3) días.**

- **Garantía decimocuarta: retorno de acompañantes del fallecido**

  Si el asegurado fallecido viajara en compañía de su pareja o familiares, elasegurador organizará y tomará a su cargo los gastos de retorno de los mismos en el medio de transporte público y colectivo más idóneo, hasta el domicilio familiar, siempre que no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieran utilizando.

- **Garantía decimoquinta: fianzas y gastos procesales**

  El asegurador anticipará al asegurado, previa garantía formal de proceder a la devolución de las cantidades que le sean prestadas en el plazo de sesenta (60) días, el importe correspondiente a los gastos de defensa jurídica del mismo, **seiscientos un euros con un céntimo de euro (601,01€)**, así como el de las fianzas penales que este se viera obligado a constituir como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo de un accidente de automóvil acaecido fuera del país de residencia y/o domicilio habitual delasegurado, **hasta un máximo de seis mil diez euros con doce céntimos de euro (6.010,12 €).**

- **Garantía decimosexta: servicio de información al viajero**

  El asegurador facilitará telefónicamente información básica alasegurado sobre expedición de pasaportes, visados requeridos, vacunaciones recomendadas u obligatorias, cambios de moneda, consulados y embajadas españolas en el mundo y, en general, datos informativos de utilidad al viajero; previamente al inicio de un viaje o durante el mismo.

- **Garantía decimoséptima: servicio de información asistencial**

  El asegurador, previa autorización delasegurado, pondrá a disposición de sus familiares su red de centrales de asistencia para facilitar cuanta información sea necesaria acerca de todas las operaciones de Asistencia Sanitaria y ayuda desarrolladas.

- **Garantía decimoctava: transmisión de mensajes urgentes**

  El asegurador pondrá a disposición delasegurado su red de centrales de asistencia para transmitir cuantos mensajes urgentes sean necesarios, derivados de la aplicación de las coberturas y que no puedan ser enviados de otro modo por elasegurado.

- **Garantía decimonovena: envío de objetos olvidados durante el viaje**

  En caso de que el asegurado hubiera olvidado durante su viaje equipaje u objetos personales, elasegurador organizará y asumirá el envío de los mismos hasta su domicilio en España, **con un máximo de ciento veinte euros con veinte céntimos de euro (120,20 €).**

  Esta garantía se extiende también a aquellos objetos que le hubieran sido robados durante el viaje y recuperados posteriormente.

- **Garantía vigésima: gastos de regreso por alta hospitalaria**

  Elasegurador se hará cargo de los gastos de regreso delasegurado que, a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, hubiese sido hospitalizado y dado de alta y, como consecuencia, hubiese perdido su billete de regreso a España por imposibilidad de presentarse en el medio de transporte correspondiente en la fecha y hora marcada en el billete de regreso. **El límite para esta garantía se establece en novecientos euros (900 €).**

- **Garantía vigésimoprimera: gestión de entrega de efectivo en el extranjero**

  Si durante un viaje por el extranjero el asegurado se viera privado de dinero en efectivo como consecuencia de una enfermedad o accidente, y previa presentación de los justificantes correspondientes, **el asegurador se hará cargo exclusivamente de la gestión y de los costes del envío de efectivo hasta el límite máximo de tres mil euros (3.000 €), y siempre que sea operativamente viable.**

  El importe enviado tendrá que ser devuelto alasegurador en el plazo máximo de 30 días.

- **Garantía vigésimosegunda: gastos de desplazamiento de un acompañante**

  En caso de que la hospitalización del asegurado, motivada por un accidente o enfermedad con cobertura, sea superior a tres noches elasegurador facilitará al acompañante que haya sido designado por elasegurado, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo que elasegurador considere más idóneo, para que acuda junto al hospitalizado.

- **Garantía vigésimotercera: gastos de estancia para acompañante delasegurado hospitalizado**

  En caso de que la hospitalización del asegurado, motivada por un accidente o enfermedad con cobertura, sea superior a tres noches el asegurador se hará cargo de los gastos de alojamiento y manutención del acompañante designado por elasegurado en la localidad donde se encuentre hospitalizado este, **hasta el límite de cien euros (100 €) día y un máximo 10 días.**

  Esta cobertura será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el asegurado.

- **Garantía vigésimocuarta: prolongación de estancia**

  Si el asegurado se halla enfermo o accidentado en el extranjero, y no es posible su regreso en la fecha prevista, cuando el equipo médico del reasegurador lo decida en función de sus contactos con el médico que lo atiende, el reasegurador tomará a su cargo los gastos no previstos inicialmente por elasegurado motivados por la prolongación de la estancia en el hotel y de manutención **hasta el límite de cien euros (100 €) día y un máximo 10 días.**

Estipulación segunda: Exclusiones

A) Exclusiones aplicables a las garantías en caso de lesión o enfermedad:

Quedan excluidos de la póliza:

a) **Las enfermedades preexistentes y/o congénitas, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico, previas al inicio del viaje al extranjero.**
b) **Los exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.**
c) **Los viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico.**
d) **El diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos.**
e) **El suicidio, intento de suicidio o auto lesiones del asegurado.**
f) **El consumo de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hubieran sido prescritos por un médico.**
g) **El tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.**
h) **Las enfermedades de transmisión sexual y sus enfermedades derivadas.**
i) **La adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.**
j) **Los tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia.**
k) **Los tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.**
l) **Cualquier gasto médico incurrido en España, aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.**

B) Exclusiones aplicables a las garantías en caso de fallecimiento:

Quedan excluidos de la póliza:

a) **Los siniestros ocurridos como consecuencia del suicidio del asegurado.**
b) **Los gastos de inhumación y ceremonia, así como el coste del ataúd en la garantía de transporte o repatriación de restos mortales.**

C) Exclusiones aplicables con carácter general para todas las garantías:

Quedan excluidos de la póliza:

a) **Las prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al asegurador y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.**
b) **La práctica como profesional de cualquier deporte, y como aficionado de deportes de invierno, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.**
c) **Los viajes de duración igual o superior a 90 días consecutivos.**
d) **La intervención de cualquier Organismo Oficial de Socorro de urgencia o el coste de sus servicios.**

e) **El rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.**

f) **Los actos fraudulentos del tomador del seguro, del asegurado, del beneficiario o de familiares de los mismos.**

g) **Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.**

h) **Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.**

Estipulación tercera: límites de las garantías

Los límites máximos de las garantías de la cobertura de Asistencia en Viaje en el Extranjero serán aquellos que se especifican para cada garantía. Para aquellas garantías en las que no figure límite cuantitativo y se encuentren indicadas como incluidas, se entenderá que el límite máximo de las mismas será el coste efectivo de la prestación del servicio cubierto por el asegurador. En cualquier caso, todos los límites de la cobertura de Asistencia en Viaje en el Extranjero son por siniestro ocurrido y asegurado.

Estipulación cuarta: ámbito territorial

Las coberturas serán de aplicación en cualquier país del mundo, excluido España.

Estipulación quinta: tramitación de siniestros (asistencia en viajes)

Para la solicitud de la cobertura de Asistencia en Viaje en el Extranjero, en cualquiera de los servicios médicos concertados, bastará con una llamada telefónica al número de teléfono +34 91 572 44 06 o al teléfono 900 501 278 (para consultas sólo desde España). Este servicio de alarma funciona durante las 24 horas del día.

Estipulación sexta: tratamiento de protección de datos

IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, S.A., tratará los datos relativos al asegurado en calidad de responsable del tratamiento que sean facilitados como consecuencia de la solicitud de asistencia motivada por un siniestro. Estos datos podrán ser tratados con la finalidad de gestionar la prestación de asistencia requerida, así como para determinar el pago de los gastos producidos y que hayan sido asumidos por el interesado o, en su caso, el pago de indemnizaciones.

Para mayor información sobre el tratamiento de los datos de carácter personal, así como para ejercitar sus derechos de acceso a los datos personales, su rectificación o supresión, su limitación de tratamiento, a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos y de retirada de su consentimiento, podrá dirigir sus comunicaciones a la siguiente dirección:

Responsable de protección de datos

IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, S.A.

Julián Camarillo, 36
28037 Madrid (España)

proteccion.datos@mail.irisglobal.es

cigna healthcare

Parque Empresarial La Finca
Paseo del Club Deportivo, 1, Edificio 14. Planta Primera
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

cigna.es

Condiciones_Generales_Mixto_Asistencia_Sanitaria_2026 CG-SMAS26V1-ES