



CONDICIONES GENERALES

**Seguro de Asistencia Médica con
Reembolso en Hospitalización**

ÍNDICE

INFORMACIÓN LEGAL DEL ASEGURADOR	4
DEFINICIONES	4
OBJETO	7
COBERTURAS DEL SEGURO	7
Urgencias Ambulatorias y Hospitalarias	7
Asistencia médica primaria	7
Enfermería o Servicios de enfermería	7
Especialidades	7
Alergología e inmunología	7
Anestesiología y Reanimación	7
Angiología y cirugía Vascular	7
Aparato Digestivo	7
Cardiología	7
Cirugía Cardiovascular	7
Cirugía General y del Aparato Digestivo	7
Cirugía Oral y Maxilofacial	7
Cirugía Pediátrica	7
Cirugía Plástica y Reparadora	7
Cirugía Torácica	8
Dermatología y Venerología	8
Endocrinología y Nutrición	8
Geriatría	8
Ginecología y Obstetricia	8
Hematología y Hemoterapia	8
Medicina Interna	8
Nefrología	8
Neonatología	8
Neumología	8
Neurocirugía	9
Neurología	9
Oftalmología	9
Oncología Médica	9
Oncología Radioterápica	9
Otorrinolaringología	9
Psiquiatría	9
Reumatología	9
Cirugía Ortopédica y Traumatología	9
Urología	9
Tratamiento del dolor	10
Medios complementarios de diagnóstico	10
Análisis Clínicos	10
Anatomía Patológica	10
Neurofisiología Clínica	10
Medicina Nuclear	10
Radiodiagnóstico	10
Tratamientos especiales	11
Aerosolterapia, Oxigenoterapia y Ventiloterapia	11
Fisioterapia y Rehabilitación	11
Foniatría y Logopedia	11
Hospitalización Médico-Quirúrgica	11
Gastos ocasionados por estancia hospitalaria	11
Servicios médicos hospitalarios	11
Gastos por honorarios médicos	12
Gastos de Hospitalización psiquiátrica	12
Gastos de Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	12
Gastos de Hospitalización de Día	12
Monitorización electrofisiológica intraoperatoria	12
Cobertura de la maternidad y recién nacidos	12
Tocología	12
Parto o cesárea	12
Preparación al parto	12
Recién nacidos	12
Otros Servicios Asistenciales	12
Ambulancia	12
Podología	12
Orientación Médica telefónica Cigna 24H	12
Prótesis e Implantes	12
Trasplantes de órganos	13
SIDA	13
Segunda Opinión Médica	13
Servicio de orientación psicológica	13
Asistencia Médica en viaje en el extranjero	13
Garantías cubiertas	13
Gastos médicos, farmacéuticos o de Hospitalización en el extranjero	13
Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero	13

Traslado sanitario o repatriación médica	13	Duración del contrato	20
Envío de un especialista	14	Subrogación	20
Envío de medicamentos	14	Prescripción	20
Consulta o asesoramiento médico a distancia	14	Comunicaciones	20
Trámites administrativos para hospitalización	14	DEBERES Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	21
Gastos de regreso de acompañantes	14	Primas	21
Retorno de menores	14	Colaboración en la tramitación	21
Regreso anticipado	14	Impuestos y Recargos	22
Traslado o repatriación de restos mortales	14	OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	22
Acompañante de restos mortales	15	Prestación de la cobertura	22
Gastos de estancia del acompañante de restos mortales	15	Información al Tomador del Seguro	22
Retorno de acompañantes del fallecido	15	Protección de datos de carácter personal	23
Fianzas y gastos procesales	15	RECLAMACIONES	24
Servicio de información al viajero	15	ACEPTACIÓN EXPRESA. CONSTANCIA DE RECIBO DE INFORMACIÓN	24
Servicio de información asistencial	15	LOS PLANES C01, C06, C09, C10, C12, C31, C32, C33, HM1 Y HM5 TIENEN ADICIONALMENTE LAS SIGUIENTES COBERTURAS, PERIODOS DE CARENCIA Y EXCLUSIONES:	
Transmisión de mensajes urgentes	15	OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	25
Envío de objetos olvidados durante el viaje	15	Prestación de la cobertura	25
Gastos de regreso por alta hospitalaria	15	Servicios Médicos Concertados	25
Exclusiones	15	Reembolso de Gastos	25
Límites de las garantías	16	Modalidad mixta o uso simultáneo de las dos modalidades	26
Ámbito territorial	16		
Tramitación de siniestros	16		
Medicina Preventiva.....	16		
Aparato Digestivo.....	16		
Cardiología	17		
Ginecología	17		
Pediatría.....	17		
Urología	17		
Odontología.....	17		
Coberturas para casos graves o complejos (Case Management/Unidad de Seguimiento Clínico)	17		
PERIODOS DE CARENCIA	18		
Parto o cesárea	18		
Hospitalización y/o Cirugía.....	18		
Trasplantes	18		
EXCLUSIONES	18		
EL CONTRATO DE SEGURO	19		
Documentación y Formalización del Contrato de Seguro y Deber de Información	19		
Condiciones de Inclusión en el seguro	20		

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA DE CIGNA

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, 1- Edificio 14 -Planta Baja (en adelante Cigna).

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 809, Folio 205, Sección 8, Hoja M-11184; NIF: N-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, Avenue Cortenbergh, 52, Bruselas, 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.

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50 / 1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, "Ley de Contrato de Seguro") la Póliza. 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 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 o domicilio.
- › **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.
- › **Asegurador o Entidad Aseguradora.** Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, que asume el riesgo contractualmente pactado.
- › **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 durante un mínimo de

24 horas, 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 cobertura de la Póliza, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas.
- › **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.

- › **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.
- › **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 para cada acto médico que el Tomador del Seguro y/o Asegurado 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 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.
- › **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, 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.
- › **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.
- › **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, anestelistas, matronas y los del personal médico que se necesite en la intervención o asistencia médica realizada.

- › **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).
- › **Material de ortopedia.** Productos sanitarios de uso externo, utilizados para corregir o evitar las alteraciones del cuerpo humano.
- › **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, limitada en el tiempo y que requiere tratamiento temprano.
- › **Patología Crónica.** En tratamiento rehabilitador, se considera patología crónica aquella en la que no cabe esperar una recuperación absoluta mediante técnicas rehabilitadoras, sino una estabilización de la situación clínica.
- › **Patología Crónica Reagudizada.** Patología crónica que presenta exacerbación aguda.
- › **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.
- › **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.
- › **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.
- › **Psicoterapia.** Método de tratamiento que se efectúa a una persona que padece un conflicto psíquico por indicación o prescripción de un psiquiatra.
- › **Servicios Médicos Concertados (o Cuadro Médico de Cigna).** Conjunto de especialistas, profesionales de la sanidad, Centros Sanitarios y Hospitales concertados por Cigna en España, que constan en la Web y que están vigentes en el momento de la prestación del servicio.
- › **Siniestro.** Todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por las garantías de la póliza. El conjunto de servicios derivados de una misma causa constituye un único siniestro.
- › **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.
- › **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.** Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato. 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 1º OBJETO

Dentro de los límites y condiciones establecidos en la póliza y del periodo de duración de la misma, Cigna 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 y franquicias que en cada caso corresponda.

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

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, con excepción de las coberturas que prevean otra cosa

Cigna 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.

ARTÍCULO 2º COBERTURAS DEL SEGURO

2.1 Urgencias Ambulatorias y Hospitalarias.

2.2 Asistencia médica primaria.

Se cubre la medicina general y la pediatría 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 Enfermería o Servicios de enfermería.

Se garantiza la Asistencia 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 e Inmunología.

No se incluyen las vacunas ni los tests de intolerancia alimentaria.

2.4.2 Anestesiología y Reanimación.

2.4.3 Angiología y cirugía Vascolar.

Se incluyen las técnicas que usan el láser quirúrgico 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 excluye la endoscopia mediante cápsula y la virtual.

2.4.5 Cardiología.

Se incluye los ecocardiogramas, holter, ergometrías, estudios electrofisiológicos y hemodinámica así como la rehabilitación cardiaca después de haber sufrido un infarto de miocardio agudo.

2.4.6 Cirugía Cardiovascular.

2.4.7 Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Se incluye la técnica láser en proctología.

2.4.8 Cirugía Oral y Maxilofacial.

Se excluyen las intervenciones derivadas de una patología dental, excepción de la extracción de cordales incluidos, las 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.

2.4.9 Cirugía Pediátrica.

2.4.10 Cirugía Plástica y Reparadora, 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, excepto la reconstrucción mamaria tras mastectomía radical por proceso oncológico, que incluirá, en su caso, la prótesis

mamaria y los expansores de piel, así como aquellas mastectomías profilácticas cubiertas por la presente Póliza (artículo 2.9.10).

2.4.11 Cirugía Torácica.

2.4.12 Dermatología y Venerología.

Se incluye **una dermatoscopia digital (epiluminiscencia) por asegurado y año, exclusivamente en los Servicios Médicos Concertados designados por Cigna al efecto**, para el diagnóstico precoz de melanoma, cuando se justifique al menos una de las siguientes indicaciones:

- › Múltiples nevus atípicos (>50).
- › Síndrome de nevus displásico familiar.
- › Antecedentes personales o familiares (primer y segundo grado) de melanoma diagnosticado.
- › Portadores de mutaciones genéticas asociadas al desarrollo del melanoma.

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

2.4.13 Endocrinología y Nutrición.

Se excluyen los tratamientos dietéticos, salvo que sean prescritos con ocasión de una enfermedad cubierta por la Póliza.

2.4.14 Geriátrica.

2.4.15 Ginecología y Obstetricia.

Se incluye el Láser ginecológico para el tratamiento de lesiones de cérvix uterino y condilomas genitales **exclusivamente en los Servicios Médicos Concertados y designados por Cigna a tal efecto.**

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 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.

Planificación familiar. Esta prestación cubre la implantación del método anticonceptivo D.I.U., **pero no el coste del dispositivo que es a cargo del Asegurado**, la ligadura de trompas y la vasectomía.

Se incluyen las siguientes Pruebas ginecológicas

- › Test Amnisure para la detección de rotura prematura de membranas.

- › Una (1) ecografía 3D o 4D por embarazo.

- › La amniocentesis **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.

- › ONCOTECT para el diagnóstico precoz del virus del papiloma humano (HPV).

- › Test no invasivo de diagnóstico prenatal (NEOBONA), **previa autorización de la Compañía, en los Servicios Médicos Concertados designados por Cigna a tal efecto en mujeres embarazadas que justifiquen, al menos, una de las siguientes condiciones:**

- a) Hallazgos ecográficos fetales que indiquen un aumento del riesgo de aneuploidía.
- b) Historia de embarazo previo con una trisomía.
- c) Resultado positivo en cualquiera de los siguientes test de aneuploidías: Screening del primer trimestre, screening secuencial o screening integrado (cuádruple test)

2.4.16 Hematología y Hemoterapia.

2.4.17 Medicina Interna.

2.4.18 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.

2.4.19 Neonatología.

2.4.20 Neumología.

Se incluyen las espirometrías y endoscopias.

2.4.21 Neurocirugía.

Se incluye el neuronavegador **exclusivamente en casos de cirugía intracraneal, con los límites establecidos en la Póliza, por asegurado y año.**

2.4.22 Neurología.

2.4.23 Oftalmología.

Se incluyen las técnicas de fotocoagulación, las campimetrías, angiofluoresceingrafías y retinografías, así como el recuento endotelial **para el estudio previo a la cirugía de cataratas.**

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

2.4.24. Oncología Médica.

Se incluyen las dianas terapéuticas.

Se incluye el Perfil genético "Oncotype" en casos de cáncer de mama recién intervenido sin afectación ganglionar, con un tamaño tumoral mayor de 1cm 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 el **Test BRCA 1 y 2 previa autorización de la Compañía, en los Servicios Médicos Concertados designados por Cigna al efecto, en los siguientes casos:**

- a) Asegurada con diagnóstico de cáncer de mama y/u ovario posterior al 1 de enero de 2017.
- b) Asegurada sin antecedentes personales de cáncer de mama u ovario, cuando se cumplan alguna de las siguientes condiciones:
 - 2 o más familiares de 1º o 2º grado, de menos de 50 años, afectados por cáncer de mama.
 - 2 o más familiares de 1º o 2º grado, afectados por cáncer de ovario a cualquier edad.
 - 2 o más familiares de 1º o 2º grado, de menos de 50 años, afectados por cáncer de mama y por cáncer de ovario a cualquier edad.

Cigna solicitará la documentación médica que considere imprescindible para acreditar el cumplimiento de las anteriores condiciones, así como para poder autorizar los Test BRCA 1 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 año que deberá ser realizada, previa autorización y a través del Proveedor elegido por Cigna, en los Centros Concertados y designados por la compañía al efecto.**

Se incluye la medicación quimioterápica antineoplásica por vía parenteral 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.

2.4.25 Oncología Radioterápica.

Se incluye la radioterapia, **salvo la combinada que está excluida**, la cobaltoterapia y la radiocirugía en tratamiento de metástasis (radiocirugía estereotáxica).

2.4.26 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 y designados por Cigna a tal efecto.**
- › Radiofrecuencia.

Se incluyen las endoscopias y pruebas vestibulares.

2.4.27 Psiquiatría.

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.

2.4.28 Reumatología.

2.4.29 Cirugía Ortopédica y Traumatología.

2.4.30 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 excluye el estudio y el tratamiento de la impotencia sexual y el tratamiento destinado o relacionado con problemas de esterilidad así como la asistencia sanitaria relacionada con dichos tratamientos.

2.4.31 Tratamiento del dolor.

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

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 excluyen los test de intolerancia alimentaria.

2.5.2 Anatomía Patológica.

Se incluyen los estudios de inmunohistoquímica y **una Biopsia Líquida por asegurado y año, previa autorización, a través del Proveedor elegido por Cigna y en los Servicios Médicos Concertados designados por la compañía 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.

2.5.3 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 año con una duración no superior a 24 horas.**

2.5.4 Medicina Nuclear.

Se incluye la realización de estudios PET (Tomografía por emisión de positrones) **exclusivamente para las siguientes patologías oncológicas:**

- a) Caracterización de nódulo pulmonar solitario.**
- b) Detección de tumor de origen desconocido.**
- c) Caracterización de masa pancreática.**
- d) Tumores de cabeza y cuello.** Para estadificación, monitorización de respuesta al tratamiento o detección en caso de sospecha de recidiva.
- e) Cáncer de pulmón primario.** En caso de estadificación o de detección por sospecha de recidiva.
- f) Cáncer de mama.** Para estadificación y detección por sospecha de recidiva.

g) Cáncer de esófago. Para estadificación exclusivamente.

h) Carcinoma de páncreas. Para estadificación y detección por sospecha de recidiva.

i) Cáncer colorrectal. Para estadificación y detección por sospecha de recidiva.

j) Linfoma maligno. Para estadificación, monitorización de la respuesta al tratamiento y detección por sospecha de recidiva.

k) Melanoma maligno. Para detección por sospecha de recidiva y para estadificación con Breslow > 1,5mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

l) Gliomas con alto grado de malignidad (III o IV). En caso de detección por sospecha de recidiva.

m) Cáncer de tiroides (no medular). Sólo para pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo, en caso de sospecha razonable de recidiva.

n) Cáncer de ovario. Para detección en caso de sospecha razonable de recidiva.

o) Cáncer cérvix uterino. Para estadificación inicial, monitorización de la repuesta al tratamiento y detección por sospecha de recidiva.

p) Tumores de vías biliares. Para estadificación inicial.

q) PET colina en reestadificación de cáncer de próstata en pacientes que sufren recaída bioquímica.

Asimismo, queda cubierta la realización de **PET 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), entendiéndose 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

2.5.5 Radiodiagnóstico.

Se cubren las **técnicas habituales como:**

- a) Radiología general.**
- b) Ecografía.**
- c) T.A.C. (tomografía axial computerizada).**
- d) RMN (Resonancia Magnética Nuclear, RMN 3 Teslas):** 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.
- j) Angio TAC coronario para el control de coronariopatías y descartar, exclusivamente, oclusiones de stents y by-pass aorto-coronarios, debiendo responder a una de las siguientes indicaciones:
 1. Dolor torácico atípico en pacientes sin enfermedad coronaria conocida y con:
 - Pruebas funcionales dudosas o no concluyentes.
 - Pruebas funcionales normales con persistencia de la sintomatología sin un diagnóstico claro.
 2. Despistaje de enfermedad coronaria en miocardiopatía dilatada o antes de cirugía cardiaca no coronaria.
 3. Valoración de permeabilidad del by-pass coronario.
 4. Valoración de la permeabilidad de stents mayores de 3 mm.
- k) Resonancia magnética cerebral funcional, para planificación de cirugía de tumores cerebrales.

2.6 Tratamientos especiales. Se cubren los siguientes tratamientos:

- a) Se cubren los siguientes tratamientos, **únicamente a través de los Servicios Médicos Concertados**, 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 aérea (CPAP) o presión positiva variable en vía aérea (BPAP).
- b) **Fisioterapia y Rehabilitación.** Se cubren los tratamientos de rehabilitación para patologías agudas y/o crónicas reagudizadas, la rehabilitación respiratoria en procesos agudos y la de suelo pélvico, 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**, con los límites establecidos en la Póliza.

Se incluye la **Litotricia músculo esquelética por ondas de choque, con un máximo de tres (3) sesiones por proceso, cuando haya sido prescrita por un traumatólogo o rehabilitador titulado, previa autorización de la Compañía y realizándose exclusivamente en los Servicios Médicos Concertados designados por Cigna al efecto**, para el tratamiento de las siguientes patologías: tendinitis calcificante de hombro, calcificaciones en el seno de entesopatías en codo, rotulianas, aquileas y espolón calcáneo.

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, según los límites establecidos en la Póliza.

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.**

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 anestesiistas que intervengan.
- d) Gastos de Hospitalización psiquiátrica: bajo prescripción facultativa,** hasta el máximo de días por Asegurado y año establecido en la Póliza.
- e) Gastos de Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI),** con los límites establecidos en 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, todas ellas confirmadas mediante técnicas de imagen o con electromiograma, **exclusivamente en los Servicios Médicos Concertados y designados por Cigna.**

2.8 Cobertura de la maternidad y Recién Nacidos.

2.8.1 Tocología.

2.8.2 Parto o cesárea.

2.8.3 Preparación al parto.

Cursos de preparación al parto, de acuerdo con los límites 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 a un Hospital, o desde éste al domicilio del Asegurado, **por prescripción de un Médico (por causa clínica y siempre que no pueda realizarse por otro medio), de acuerdo con los límites 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.

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, la cirugía de uña incarnata y el tratamiento podológico del papiloma con los límites establecidos en la Póliza.

2.9.3 Orientación Médica telefónica Cigna 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 las siguientes prótesis:

1. Válvulas cardíacas.
2. Marcapasos (con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador).
3. Prótesis de cadera.
4. Prótesis de by-pass vascular y stent.
5. Prótesis internas traumatológicas y material de osteosíntesis.
6. En cirugía de cataratas, quedan cubiertas las lentes intraoculares monofocales.
7. Prótesis mamarias tras mastectomía radical por proceso oncológico y tras mastectomía profiláctica de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.4.10 y 2.9.10.
8. Mallas quirúrgicas en reparación de defectos de la pared abdominal y mallas urológicas.
9. Reservorio implantable Port-a-cath en tratamientos oncológicos.
10. Prótesis digestivas: esofágicas, hepato-biliares y colorectales, **exclusivamente en procesos oncológicos.**
11. Mallas biológicas de duramadre para sustitución de la duramadre en cirugía intracraneal o espinal tumoral, y sustitución de pericardio en cirugía cardíaca.
12. Prótesis testicular.
13. Válvula de hidrocefalia en derivaciones de Líquido Cefalorraquídeo (LCR).

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 otro material no recogido explícitamente en las presentes Condiciones Generales.

Se excluyen las intervenciones quirúrgicas destinadas a la implantación o sustitución de una Prótesis no cubierta.

2.9.5 Trasplantes de órganos.

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 año establecidos en la Póliza.

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

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 el límite establecido 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 de las siguientes: oncología, Enfermedades cardíacas (incluyendo cirugía cardíaca 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 Servicio de Orientación Psicológica

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.

2.9.9 Asistencia Médica en viaje en el extranjero.

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. 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 Médica 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

› **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 20.000 euros 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 300 euros por Siniestro y Asegurado.

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

El Asegurador procederá al traslado, con atención médico-sanitaria si fuera necesario, del Asegurado que hubiera sufrido un Accidente o Enfermedad Grave, que exija cuidados vitales, y siempre que así lo decidan los servicios

médicos del Asegurador en colaboración con el Médico que trate al Asegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un Hospital en España.

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, el Asegurador se hará cargo del transporte del Asegurado 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 del Asegurado 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 del Asegurador, 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 el Asegurado, enfermo o accidentado. En el supuesto de que el Asegurador 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 del Asegurado únicamente el precio satisfecho por el Asegurador 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 del Asegurado en el Hospital, previa solicitud a la central de asistencia.

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

En el caso de que el Asegurado 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, el Asegurador organizará y tomará a cargo su regreso al domicilio familiar en España, satisfaciendo los gastos de viaje de un familiar o amigo designado por el Asegurado 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 del Asegurado, el Asegurador se hará cargo de sus gastos de estancia y manutención, hasta 60,10 euros 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, el Asegurador 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, 601,01 euros, así como el de las fianzas penales que éste 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 del Asegurado, hasta un máximo de 6.010,12 euros.

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

El Asegurador facilitará telefónicamente información básica al Asegurado 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 del Asegurado, 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 del Asegurado 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 el Asegurado.

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

En caso de que el Asegurado hubiera olvidado durante su viaje equipaje u objetos personales, el Asegurador organizará y asumirá el envío de los mismos hasta su domicilio en España, con un máximo de 120,20 euros. 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**

El Asegurador se hará cargo de los gastos de regreso del Asegurado 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 900 euros.

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, especialmente, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) 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 Médica 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 Médica 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 VIAJE)

Para la solicitud de la cobertura de Asistencia Médica en Viaje en el Extranjero, en cualquiera de los Servicios Médicos Concertados, bastará con una llamada telefónica al número de teléfono 91 572 44 06. Este servicio de alarma funciona durante las 24 horas del día.

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.
- 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.**

Ambas coberturas (la mastectomía bilateral y la reconstrucción de ambas mamas) deberán realizarse 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 12 meses tras la mastectomía, para someterse a dicha reconstrucción.**

La intervención se cubrirá de acuerdo con los límites establecidos en la Póliza y deberá realizarse, previa autorización de la Compañía, en los Servicios Médicos Concertados designados por Cigna al efecto.

Se incluye la **Mastectomía profiláctica bilateral**, para aquellas Aseguradas que, estando asintomáticas, **hayan realizado un test BRCA 1 y/o BRCA 2** de acuerdo con las condiciones establecidas en la Póliza para dicho test, 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 de acuerdo con los límites establecidos en la Póliza y deberá realizarse, previa autorización de la Compañía, en los Servicios Médicos Concertados designados por Cigna al efecto.

- 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, metabopatías, 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.

2.9.11 Odontología.

Esta prestación cubre las visitas, extracciones dentarias simples, radiografías periapicales (para ver la parte más interna de la pieza dentaria), ortopantomografía y **una limpieza bucal anual.**

A los efectos de delimitación de esta prestación, 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 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 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 3º 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 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 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 4º 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 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.
- Sean dados de alta en el seguro con fecha de nacimiento.

› 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.
- Sean dados de alta en el seguro con fecha de nacimiento o adopción.

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 plástica o reparadora** (salvo la citada en el Artículo 2.4.10).
- 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, de cualquier tipo, así como las piezas anatómicas ortopédicas,** salvo las específicamente cubiertas por la Póliza en el Artículo 2.9.4.
- 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.**
- 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,** salvo los 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.**
- r) La tentativa de suicidio o de mutilación voluntaria, y los Accidentes causados intencionadamente por el Asegurado.**
- 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.**
- 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 que normalmente requiera el uso de cuerdas o guías, 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 durante la participación en carreras o competiciones y sus correspondientes pruebas y entrenamientos de forma profesional.**
- w) Fertilización “In Vitro”, inseminación artificial, así como cualquier otro tratamiento similar y el estudio diagnóstico y el tratamiento de la impotencia sexual; 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.**

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 Apartado.

REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

ARTÍCULO 5º EL CONTRATO DE SEGURO

5.1 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 éste 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 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 al Asegurador por el Tomador del Seguro/Asegurado, al domicilio social de éste, o a cualquiera de sus oficinas u otra dirección telemática expresamente designada por el Asegurador 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.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros o correduría al Asegurador, en nombre del Tomador del Seguro o del Asegurado, 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 éste.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro o Asegurado a un agente de seguros del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste.

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado autorizan al Asegurador para que, si éste lo considera necesario, pueda grabar las conversaciones telefónicas que mantengan en relación con la presente Póliza y 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 al Asegurador.

ARTÍCULO 6º DEBERES Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

6.1 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, el Asegurador 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, el Asegurador 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 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 el Asegurado 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 7º OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

7.1 Prestación de la Cobertura.

La asistencia sanitaria cubierta por la póliza se presta 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. 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 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.

El Asegurador no 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, salvo en los casos expresamente recogidos en la póliza.

A efectos del seguro, se entenderá comunicado el Siniestro

cuando el Asegurado acuda a los Servicios Médicos Concertados o solicite un servicio.

El Asegurado puede libremente elegir y utilizar los servicios del profesional sanitario y/o Centro Médico u Hospital que considere más oportuno dentro del Cuadro Médico de Cigna, según las coberturas contratadas en la Póliza. El derecho de libertad de elección de profesional y Centro Médico y/u Hospital, la falta de cualquier jerarquía organizativa por parte del Asegurador y la independencia de criterio, así como 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 su normativa de desarrollo, señaladamente el Reglamento aprobado por Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, 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) **Que el contrato de seguro se celebra con** Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, con domicilio en Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1 – Edificio 14 – Planta Baja, (28223) Pozuelo de Alarcón, Madrid. Que 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, Avenue Cortenbergh, 52, Bruselas, 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.
- c) **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. Para ejercitar este derecho, el Tomador del Seguro remitirá la oportuna comunicación dirigida al Asegurador, utilizando cualquier soporte duradero y accesible al Asegurador. El Tomador del Seguro podrá remitir dicha comunicación utilizando medios electrónicos, siempre que disponga de los dispositivos que garanticen la integridad, autenticidad y no alteración de la comunicación y permitan constatar la fecha de envío y recepción de la misma. La cobertura del riesgo cesará desde la fecha de expedición por el Tomador del Seguro de la comunicación de resolución.

d) Que, para el caso de cualquier queja o reclamación sobre el seguro, el Beneficiario, Asegurado o derechohabientes 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 Baja, (28223) Pozuelo de Alarcón – Madrid, o en la dirección de correo electrónico: servicio.incidencias@cigna.com.
- ii. Defensor del Cliente de Cigna, C/ Velázquez, 80, 1ª 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. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses 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.
- iv. En caso de disputa, el Asegurado podrá reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

7.3 Protección de datos de carácter personal.

Los datos de carácter personal que el Tomador del Seguro y el Asegurado faciliten al Asegurador, directamente o a través

de su mediador de seguros o de los profesionales médicos que atiendan al Asegurado en la modalidad de Servicios Médicos Concertados a lo largo de la relación aseguradora, incluyendo los facilitados antes del inicio del seguro, se incluirán en ficheros automatizados de datos de carácter personal, cuyo titular y responsable es el Asegurador. Su tratamiento queda expresamente autorizado para los fines propios del seguro, así como su acceso y utilización por las personas que participan en su actividad aseguradora, incluyendo (en la modalidad de Servicios Médicos Concertados) a profesionales y centros que participen en la prestación de la Asistencia Sanitaria, a entidades reaseguradoras o coaseguradoras y a otras entidades que actúen en la gestión y cobro de las Primas a través de cualquier medio de pago.

Asimismo, salvo indicación en contra por el titular de los datos de carácter personal, el Tomador del Seguro y el Asegurado autorizan el tratamiento y cesión de los referidos datos para la prevención e investigación del fraude, así como su tratamiento para el ofrecimiento de seguros y/o servicios sociosanitarios y de bienestar por el Asegurador o sociedades de su mismo grupo a quienes les pueden ser cedidos.

En particular, los datos personales serán utilizados para el envío de comunicaciones publicitarias, promocionales o de contenidos relacionados con la relación aseguradora, incluidas las comunicaciones comerciales electrónicas, a los efectos del artículo 21 de la Ley 34/2002, de Servicios de la Sociedad de la Información, y para la gestión de sus clientes por parte de Cigna, al objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil y de realizar, en su caso, modelos valorativos, todo ello sin perjuicio del derecho del afectado de manifestar expresamente su negativa al tratamiento o la comunicación de sus datos personales no directamente relacionados con el mantenimiento, desarrollo o control de la relación contractual, en los términos señalados a continuación. Cigna le asegura que los datos personales que nos facilite serán tratados conforme a la normativa de protección de datos de carácter personal. Le señalamos, igualmente, que Cigna podría transferir sus datos, únicamente para la mejor realización de la finalidad para la que usted nos los cede, a entidades que colaboran con esta compañía que pueden estar ubicadas en lugares donde el nivel de protección de los datos personales no sea del todo equivalente al existente en la Unión Europea. Sepa que usted puede, siempre que lo desee, pedir el detalle de esas compañías colaboradoras.

Junto a ello, le informamos que, para poder hacer uso de la prestación Segunda Opinión Médica, descrita en el artículo 2.9.7, sus datos de carácter personal (nombre y apellidos, fecha de nacimiento, número de teléfono, fecha de efecto de su póliza, número de póliza y nombre del colectivo -en su caso-), serán cedidos a Advance Medical Health Care Management, SA, con domicilio en Vía Augusta 252-260,

08017 Barcelona (“Advance Medical”), entidad especializada en la gestión de servicios médicos y a través de la cual Cigna ofrece Segunda Opinión Médica, accediendo Advance Medical a sus datos personales para tal finalidad.

Además, en el caso de que usted haga uso efectivo de la prestación Segunda Opinión Médica, tanto la opinión médica como toda aquella información médica que usted facilite a Advance Medical, será cedida por Advance Medical a Cigna, con el fin de que ésta puede ofrecerle y, en su caso, prestarle, la cobertura de la Unidad de Seguimiento Clínico de su póliza. Al suscribir esta póliza, el titular de los datos de carácter personal es consciente expresamente de tales tratamientos, que son imprescindibles para poder hacer uso de las coberturas indicadas.

El Tomador del Seguro y el Asegurado podrán ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de carácter personal que figuren en tales ficheros, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo, en la siguiente dirección: Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1, Edificio 14 - Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

La aceptación por el Tomador del Seguro y el Asegurado de la cesión de sus datos tiene siempre carácter revocable, sin efectos retroactivos, conforme a lo dispuesto en la vigente normativa de Protección de Datos de Carácter Personal.

En caso de que se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del titular de los datos, el que facilite los datos se hace responsable de informarle de la inclusión de sus datos en los ficheros antes mencionados, así como del resto de cuestiones indicadas en el presente apartado de Protección de Datos de Carácter Personal.

ARTÍCULO 8º 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 9º: 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 11 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.



Juan José Montes Escriba

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

CIGNA CUADRO MEDICO CON REEMBOLSO EN HOSPITALIZACIÓN

PLANES C01, C06, C09, C10, C12, C31, C32, C33, HM1 Y HM5

EL artículo 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR, queda redactado de la siguiente manera:

ARTÍCULO 7º 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 de prestación de la cobertura, 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. 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 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, 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 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.

a) Modalidad mixta o uso simultáneo de las dos

modalidades. Supone el uso de las dos descritas anteriormente (Cuadro Médico de Cigna y Reembolso de Gastos) y 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 los 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.

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 de la cobertura contratada en la Póliza. El derecho de libertad de elección de profesional y centro, la falta de cualquier jerarquía organizativa por parte del Asegurador y la independencia de criterio, así como 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.

Permanecen inalterados el resto de artículos de las Condiciones Generales del Producto de Cuadro Médico contratado.



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

www.cigna.es