



ONCAMPUS

Condiciones Generales

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	8
Cardiología	8
Cirugía Cardiovascular	8
Cirugía General y del Aparato Digestivo	8
Cirugía Oral y Maxilofacial	8
Cirugía Pediátrica	8
Cirugía Plástica y Reparadora	8
Cirugía Torácica	8
Dermatología y Venerología	8
Endocrinología y Nutrición	8
Geriatría	8
Ginecología y Obstetricia	8
Hematología y Hemoterapia	9
Medicina Interna	9
Nefrología	9
Neonatología	9
Neumología	9
Neurocirugía	9
Neurología	9
Oftalmología	9
Oncología Médica	9
Oncología Radioterápica	10
Otorrinolaringología	10
Psiquiatría	10
Reumatología	10
Cirugía Ortopédica y Traumatología	10
Urología	10
Tratamiento del dolor	11
Medios complementarios de diagnóstico	11
Análisis Clínicos	11
Anatomía Patológica	11
Neurofisiología Clínica	11
Medicina Nuclear	11
Radiodiagnóstico	11
Tratamientos especiales	12
Aerosolterapia, Oxigenoterapia y Ventiloterapia	12
Fisioterapia y Rehabilitación	12
Foniatría y Logopedia	12
Hospitalización Médico-Quirúrgica	12
Gastos ocasionados por estancia hospitalaria	12
Servicios médicos hospitalarios	13
Gastos por honorarios médicos	13
Gastos de Hospitalización psiquiátrica	13
Gastos de Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	13
Gastos de Hospitalización de Día	13
Monitorización electrofisiológica intraoperatoria	13
Cobertura de la maternidad y recién nacidos	13
Tocología	13
Parto o cesárea	13
Preparación al parto	13
Recién nacidos	13
Otros Servicios Asistenciales	13
Ambulancia	13
Podología	13
Orientación Médica telefónica Cigna 24H	13
Prótesis e Implantes	13
Trasplantes	14
SIDA	14
Segunda Opinión Médica	14
Servicio de orientación psicológica	14
Medicina Preventiva	14
Aparato Digestivo	14
Cardiología	14
Ginecología	14
Pediatria	14

Urología	14	Psicología Clínica	23
Odontología	15	Gastos Farmacéuticos	24
Coberturas para casos graves o complejos (Case Management/Unidad de Seguimiento Clínico)	15	PERIODOS DE CARENCIA	24
PERIODOS DE CARENCIA	16	Maternidad	24
Parto o cesárea	16	Hospitalización y Cirugía	24
Hospitalización y/o Cirugía	16	Ligadura de Trompas y Vasectomía.....	24
Trasplantes	16	ANEXO. ASISTENCIA EN VIAJE:	
EXCLUSIONES	16	Definiciones	25
EL CONTRATO DE SEGURO	17	Garantías cubiertas	26
Documentación y Formalización del Contrato de Seguro y Deber de Información	17	Exclusiones	35
Condiciones de Inclusión en el seguro	18	Riesgos cubiertos por el Consorcio de Compensación de seguros	35
Duración del contrato	18	Límites de las garantías	36
Subrogación	18	Ámbito territorial	36
Prescripción	18	Tramitación siniestros	36
Comunicaciones	18	Protección Datos	36
DEBERES Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	19		
Primas	19		
Colaboración en la tramitación	19		
Impuestos y Recargos	20		
OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	20		
Prestación de la cobertura	20		
Información al Tomador del Seguro	20		
Protección de datos de carácter personal	21		
RECLAMACIONES	21		
ACEPTACIÓN EXPRESA. CONSTANCIA DE RECIBO DE INFORMACIÓN	21		
CIGNA SALUD PLENA, TIENE ADICIONALMENTE LAS SIGUIENTES COBERTURAS, PERIODOS DE CARENCIA Y EXCLUSIONES:			
COBERTURAS DEL SEGURO	23		
Asistencia Médica Primaria (apartado correspondiente a la Pediatría)	23		
Ginecología y Obstetricia	23		
Urología	23		
Análisis Clínicos	23		
Anatomía Patológica	23		
Hospitalización Médico-Quirúrgica	23		
Servicios Médicos Concertados Hospitalarios	23		
Ambulancia	23		
Trasplante de órganos	23		

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 (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, Plantin en Moretuslei 299, 2140 Antwerpen, 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 de Día Psiquiátrico.** Todo establecimiento sanitario, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria en régimen de día y provisto de al menos un psiquiatra y un psicólogo. A los efectos de esta póliza, **no se consideran Centro de Día Psiquiátrico: casas de reposo, balnearios, clubs o asociaciones de enfermos, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas o centros de terapias conductuales como tampoco los establecimientos para el tratamiento de adicciones.**
- › **Centro Sanitario o Centro Médico.** Instalación dotada de medios técnicos en la que especialistas y profesionales sanitarios capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan actividades sanitarias. Los Centros Sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial.

El Centro Sanitario deberá contar con la preceptiva autorización administrativa en vigor y estar inscrito en el registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la comunidad autónoma correspondiente.

- › **Chequeo.** Aquellas pruebas o consultas médicas que se aplican encaminados a conocer el estado de salud general del individuo.
- › **Cirugía ortopédica compleja.** Cirugía que se refiere a desórdenes del aparato locomotor, de sus partes musculares, óseas o articulares y sus lesiones agudas, crónicas, traumáticas, y recurrentes y que requiere de alta tecnología y cirujanos especializados formados en las técnicas quirúrgicas más avanzadas.
- › **Comunidad científica.** Grupo de expertos (instituciones sanitarias públicas o privadas, sociedades profesionales, paneles de expertos e incluso grupos profesionales; en el ámbito estatal, regional o local) en determinadas patologías cuyo objetivo es revisar, evaluar y consensuar

los aspectos más relevantes en la actualidad con respecto al diagnóstico seguimiento y tratamiento de esa patología y así poder elaborar decisiones en la práctica clínica.

- › **Consulta.** Asistencia presencial, en un Centro Sanitario u Hospital, del especialista o profesional sanitario, legalmente habilitado al Asegurado con el fin de diagnosticar y/o tratar una Enfermedad o Lesión.
- › **Copago.** Importe predeterminado 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.
- › **Medicina Estética.** Aquella cuyos fines son la

restauración, el mantenimiento y la promoción de la estética y la belleza, destinados a solventar un defecto que no tenga repercusión clínica en la salud de la persona o sea consecuencia del envejecimiento fisiológico.

- › **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 (6 meses), y que requiere tratamiento temprano.
- › **Patología Crónica.** En tratamiento rehabilitador, se considera patología crónica aquella en la que no cabe esperar una rehabilitación absoluta mediante técnicas rehabilitadoras, o se convierta en terapia de mantenimiento, estabilizando la misma.
- › **Patología Crónica Reagudizada.** Patología crónica que presenta exacerbación aguda.
- › **Patología de Suelo pélvico.** Aquella que deriva de los órganos que sostiene (vagina-útero y vejiga), en la medida que la debilidad o disfunción de éstos músculos del suelo pélvico ocasiona una mala posición de los órganos mencionados, ocasionando su descenso (prolapso) y puede alterarse la continencia urinaria.
- › **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.
- › **Prueba Genética.** Se trata de un tipo de prueba médica

que identifica cambios genéticos y que debe realizarse con un objetivo de diagnóstico e instauración o modificación de tratamiento eficaz de la enfermedad, en una persona afecta y sintomática.

- › **Psicoterapia.** Método de tratamiento que se efectúa a una persona que padece un conflicto psíquico por indicación o prescripción de un psiquiatra.
- › **Radiofármaco.** Producto medicinal con al menos un componente radiactivo, que debe contar con la autorización previa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y cuyas indicaciones se encuentran recogidas en la ficha técnica de la AEMPS. Son utilizados como compuestos de contraste y permitiendo el estudio molecular del organismo o de una patología determinada que se pretende estudiar.
- › **Radioterapia.** Tratamiento basado en el empleo de radiaciones ionizantes, lo que incluye los rayos gamma, las partículas alfa, electrones y fotones.
- › **Servicios Médicos Concertados (o Cuadro Médico de Cigna).** 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 incluye la Mucosectomía, la Disección Submucosa Endoscópica así como la Ecoendoscopia.

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 o tras cirugía cardiaca coronaria.

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 por un especialista con ocasión de una enfermedad cubierta por la Póliza.

2.4.14 Geriatría.

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 incluye la determinación del Factor II de Protrombina y el Factor V de Leiden en pacientes que hayan sufrido abortos de repetición justificados medicamente. **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, las endoscopias y las Ecobronoscopias.

2.4.21 Neurocirugía.

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

2.4.22 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 incluyen las plataformas genómicas predictivas 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) Asegurado con diagnóstico de cáncer de mama, ovario o próstata posterior al 1 de enero de 2017.
- b) Asegurado sin antecedentes personales de cáncer de mama, ovario o próstata, cuando se cumplan alguna de las siguientes condiciones:
 - 2 o más familiares de 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, afectados por cáncer de próstata a cualquier edad.
 - 2 o más familiares de 1º o 2º grado, de menos de 50 años, afectados por cáncer de mama, por cáncer de ovario o por cáncer de próstata 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 incluye el test genético de riesgo de cáncer gastrointestinal hereditario en cualquiera de las siguientes indicaciones:

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

Previa autorización de la Compañía, en los Servicios Médicos Concertados designados por Cigna al efecto.

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, la radioterapia intraoperatoria, y la radiocirugía en tratamiento de metástasis y tumores intracraneales (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 incluye la asistencia psicoterapéutica, **en régimen de centro de día psiquiátrico**, en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con fracaso de otros tratamientos previos, entendiéndose como trastornos la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Será necesaria previa prescripción de un Psiquiatra y se realizará a través de los servicios médicos concertados por la compañía con los límites establecidos en la póliza.

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

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

2.4.28 Reumatología.

2.4.29 Cirugía Ortopédica y Traumatología.

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

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

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 incluye la vaporización prostática mediante láser en el caso de hiperplasia benigna de próstata órgano-confinada exclusivamente en centros concertados y designados por Cigna al efecto así como la utilización de técnica láser para el tratamiento de la litiasis renal uretera.

Se incluye la cirugía robótica prostática (Da Vinci) para prostatectomía radical en el caso de cáncer de próstata órgano-confinado, **exclusivamente en centros concertados y designados por Cigna al efecto, previo pago al Hospital por parte del Asegurado del importe fijo, no reembolsable, establecido al efecto en la Póliza.**

Se incluye la **Biopsia Prostática de Fusión** en pacientes con alta sospecha de carcinoma prostático con PSA elevado persistente (más de seis meses) y biopsias de próstata ecoguiadas anteriores negativas. Es necesaria **prescripción facultativa, y previa autorización de la Compañía, se realizará en los Centros Concertados y designados por Cigna al efecto, de acuerdo con los límites establecidos en la Póliza.**

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-TAC (Tomografía por emisión de positrones) y PET-RMN con el **radiofármaco 18-FDG, 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.

Se incluye la realización de estudios PET-TAC con el **radiofármaco Colina exclusivamente para la siguiente patología oncológica:**

- a) **Reestadificación de cáncer de próstata en pacientes que sufren recaída bioquímica.**

Se incluye la realización de estudios PET-TAC con el **radiofármaco Galio-68 exclusivamente para la siguiente patología oncológica:**

- a) **Estadificación de tumores neuroendocrinos.**

Se incluye la realización de estudios PET-TAC con el **radiofármaco Dopa exclusivamente para la siguiente patología oncológica:**

- a) **Cáncer medular de tiroides.**

Se incluye la realización de estudios PET-TAC con el **radiofármaco Metionina exclusivamente para la siguiente patología oncológica:**

a) En recidiva de tumor cerebral.

Asimismo, queda cubierta la realización de **PET-TAC** con el **radiofármaco 18-FDG, en epilepsia refractaria al tratamiento médico.** De acuerdo con los criterios de la Sociedad Española de Neurología, la epilepsia se considera refractaria cuando no ha sido posible controlar las crisis tras el tratamiento adecuado con dos fármacos antiepilépticos tolerados, adecuadamente elegidos y pautados (bien en monoterapia o en combinación), 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, Enterorresonancia): 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 anestelistas 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 vasculares.

- By-pass;
- Stent;
- Coils: **solo en caso de embolizaciones intracraneales, varices pélvicas y varicoceles.**

4. Prótesis internas traumatológicas y material de osteosíntesis.
5. En cirugía de cataratas, quedan cubiertas las lentes intraoculares monofocales.
6. Prótesis mamarias tras mastectomía radical por proceso oncológico y tras mastectomía profiláctica de acuerdo con lo establecido en los artículos 2.4.10 y 2.9.10.
7. Mallas quirúrgicas en reparación de defectos de la pared abdominal y mallas urológicas.
8. Reservorio implantable Port-a-cath en tratamientos oncológicos.
9. Prótesis digestivas: esofágicas, hepato-biliares y colorrectales, **exclusivamente en procesos oncológicos.**
10. Mallas biológicas de duramadre para sustitución de la duramadre en cirugía intracraneal o espinal tumoral, y sustitución de pericardio en cirugía cardíaca.
11. Prótesis testicular.
12. Válvula de hidrocefalia en derivaciones de Líquido Cefalorraquídeo (LCR).
13. Ligamentos biológicos. Cobertura de los ligamentos biológicos de banco de huesos **exclusivamente en aquellas cirugías de ligamento de rodilla.**
14. **Otorrinolaringología. Se cubren los drenajes timpánicos de teflón.**

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.

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 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.

Se incluye Ooforectomía profiláctica 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 la extirpación preventiva de los ovarios, según los límites establecidos en póliza.

- d) Pediatría.** Se incluyen consultas periódicas y del desarrollo

infantil, así como exámenes de salud del Recién Nacido, incluyendo pruebas de otoemisiones, audiometría, test de agudeza visual, metabolopatías, tanto en los casos establecidos en artículo 2.8.4 de las Condiciones Generales, como una vez dado de alta en la Póliza.

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

2.9.10 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

2.11 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:

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

2.11.2 Orientación sobre Cuadro Médico.

2.11.3 Visitas hospitalarias.

2.11.4 Gestión detallada de coberturas.

2.11.5 Coordinación internacional.

2.11.6 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 Periodos 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 periodo 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 periodo 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 periodo 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 e implantes, 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 o el HIFU y la cirugía robótica,** salvo en los casos expresamente incluidos en las diferentes especialidades.
- q) **Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos no utilizados de forma habitual (en la mayoría de las Comunidades Autónomas) y generalizada en Centros de la Sanidad Pública (la mayoría de dichos Centros en cada una de las Comunidades Autónomas) y las pruebas diagnósticas y tratamientos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén suficientemente probadas o que no gocen del consenso de la Comunidad Científica de España.**
- 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 Asegurador solicitará el consentimiento del Tomador del Seguro y / o el Asegurado para grabar las conversaciones telefónicas que mantengan en relación con la presente Póliza con el fin de utilizarlas en sus procesos de calidad y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes, preservando en todo caso la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

Tienen idénticos efectos que las comunicaciones recibidas las realizadas por escrito que hayan sido rehusadas, las certificadas no recogidas en la Oficina de Correos y las que no lleguen a su destino por haber cambiado el domicilio sin haberlo notificado de forma fehaciente 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, (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, Plantin en Moretuslei 299, 2140 Antwerpen, 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 (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.

Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, tratará los datos relativos al solicitante/ tomador (en caso de pólizas individuales), asegurado y beneficiario (conjuntamente, el “Interesado”), en calidad de responsable del tratamiento, para las finalidades y según las bases legitimadoras que se indican a continuación: (a) la gestión de la solicitud y/o contrato de seguro; (b) el cumplimiento de obligaciones legales; y (c) prevención e investigación del fraude, con base en el interés legítimo. Los datos del Interesado (incluidos los de salud) serán

recabados directamente del Interesado o a través de otras fuentes (mediador, empleador en caso de póliza colectiva o profesionales médicos, entre otros). Cigna compartirá los datos personales del Interesado con terceros, incluyendo destinatarios ubicados en países que no garantizan un nivel de protección adecuado (Estados Unidos). En cualquier momento el Interesado podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento y a la revocación del tratamiento mediante envío de comunicación por correo electrónico a CGHB-EU-Privacy@cigna.com.

Para mayor información sobre el tratamiento de los datos del carácter personal del Interesado, consultar el Anexo de Protección de Datos de Carácter Personal de la Póliza.

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

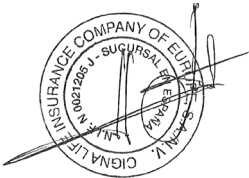
El Tomador del Seguro reconoce expresamente que ha recibido las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que integran esta Póliza manifestando su conocimiento y conformidad con las mismas.

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 SALUD PLENA

EL PRODUCTO CONTRATADO, CIGNA SALUD PLENA, TIENE ADICIONALMENTE LAS SIGUIENTES COBERTURAS, PERIODOS DE CARENCIA Y EXCLUSIONES:

ARTÍCULO 2: COBERTURAS DEL SEGURO

Se modifican las coberturas establecidas en el artículo 2º de las Condiciones Generales, en los términos siguientes:

2.2 Asistencia Médica Primaria [apartado correspondiente a la Pediatría]

Se garantiza igualmente el reembolso de los honorarios facturados por un pediatra ajeno al Cuadro Médico de Cigna y abonados por el asegurado, según los límites establecidos al efecto en la Póliza.

2.4.15 Ginecología y Obstetricia

Se incluye igualmente el reembolso de los honorarios facturados por las consultas de ginecólogos ajenos al Cuadro Médico de Cigna y abonados por el Asegurado, según los límites establecidos en la Póliza.

Se incluyen las siguientes **Pruebas Ginecológicas**:

- › Monitorizaciones
- › Histeroscopias
- › Triple screening en embarazo

2.4.30 Urología

Se incluye igualmente la biopsia prostática transrectal.

2.5.1 Análisis Clínicos

Se incluye la realización de determinaciones en:

- › Bioquímica
- › Microbiología y parasitología
- › Hematología
- › Cariotipo en sangre periférica por abortos de repetición

Se excluyen los test de intolerancia alimentaria y los test genéticos salvo los expresamente incluidos en las distintas especialidades recogidas en estas Condiciones Generales.

2.5.2 Anatomía Patológica

Se incluyen la citopatología y las biopsias.

2.7 Hospitalización Médico-Quirúrgica. Queda redactado de la siguiente manera:

Se cubren los gastos que se detallan a continuación en caso de hospitalización **prescrita por un Médico o Especialista legalmente habilitado, perteneciente al Cuadro Médico de Cigna**:

[Sigue cobertura en Condiciones Generales]

b. Servicios Médicos Concertados Hospitalarios. Queda redactado de la siguiente manera:

Utilización de quirófano, material, medicamentos (tanto en quirófano, como los suministrados durante la Hospitalización), anestesia, reanimación y/o cualquier **otro concepto de Servicios Médicos Concertados** prestados durante la Hospitalización hasta el límite cuantitativo diario establecido al efecto en la Póliza.

[Sigue cobertura en Condiciones Generales]

2.9.1 Ambulancia. Queda redactado de la siguiente manera:

Se cubre el servicio de ambulancia terrestre para traslado a un Hospital, o desde éste al domicilio del Asegurado, **por prescripción de un Médico Concertado (por causa clínica y siempre que no pueda realizarse por otro medio)**, de acuerdo con los límites establecidos en la Póliza. No se aplicarán dichos límites 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.

2.9.5 Trasplantes. Queda redactado de la siguiente manera:

Se cubren los gastos hospitalarios y médicos derivados de la realización de trasplantes de médula ósea, riñón, hígado, corazón, pulmón, córnea con los límites establecidos en la Póliza.

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

2.9.12 Psicología Clínica

Se cubre la atención psicológica de carácter individual y temporal en los Servicios Médicos Concertados

especialmente **designados por Cigna** y cuya finalidad sea el tratamiento de patología susceptible de intervención psicológica, de acuerdo con los límites establecidos en la Póliza. Se requerirá la **previa prescripción por un psiquiatra, neurólogo o pediatra** (si el Asegurado es menor de 16 años) y **la previa autorización del Asegurador**.

Se incluye, hasta un máximo de 10 sesiones por Asegurado y año, la atención psicológica de carácter individual, prestada por un psicólogo de los Servicios Concertados, previa prescripción por un Psiquiatra o Neurólogo (o pediatra, si el Asegurado es menor de 16 años) cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. Pudiendo ampliarse hasta 20 sesiones por Asegurado y año para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria.

2.9.13 Gastos farmacéuticos

La prestación incluye el reembolso de los gastos farmacéuticos extrahospitalarios de productos genéricos dispensables con receta médica y en oficinas de farmacia abiertas al público de acuerdo con lo establecido la Póliza.

ARTÍCULO 3: PERIODOS DE CARENCIA

Artículo 3.1 Parto y/o Cesárea queda sustituido por:

3.1 Maternidad

La asistencia sanitaria ginecológica y/u obstétrica necesaria para el seguimiento y vigilancia del embarazo, incluida la matrona así como la atención al parto o cesárea y puerperio, tienen un **Periodo de Carencia de ocho (8) meses** contados desde la fecha de inicio del período de cobertura, salvo en partos o cesáreas practicados en casos de Urgencia Vital (tal y como viene definido en la Póliza) 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. Este periodo de carencia afecta a las consultas de tocología, a las pruebas diagnósticas y/o actos terapéuticos relacionados, así como a la preparación del parto.

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 queda sustituido por:

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 ocho (8) meses**, contados desde la fecha de inicio del

período de cobertura, salvo en casos de Urgencia Vital para el Asegurado.

Se añade un nuevo Artículo 3.4 Ligadura de Trompas y Vasectomía:

3.4 Ligadura de Trompas y Vasectomía

Tiene un **periodo de carencia de ocho (8) meses** contando desde la fecha de inicio del periodo de cobertura del asegurado en la Póliza.

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

ANEXO. ASISTENCIA EN VIAJE

LAS SIGUIENTES COBERTURAS Y GARANTÍAS ADICIONALES INCLUIDAS EN EL PRODUCTO ONCAMPUS SERÁN OFRECIDAS POR LA ASEGURADORA S.O.S. SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., CON DOMICILIO SOCIAL EN RIBERA DEL LOIRA 4-6, 28042 MADRID Y N.I.F. A-78562246, INSCRITA EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES BAJO EL NÚMERO C0627.

DEFINICIONES

Para las siguientes coberturas, se entenderá por:

- › **Accidente:** Todo evento debido a una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produzca lesiones corporales objetivamente apreciables.
- › **Asegurador:** S.O.S. SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. como la entidad Aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado, sometida a la legislación española y con domicilio social en España.
- › **Asegurado:** Cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de adhesión y figura en la relación de personas incluidas en el seguro, contenida en las Condiciones Particulares o sus anexos.
- › **Centro hospitalario:** Establecimiento público o privado, Hospital, Centro Sanitario o Clínica, legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales con los medios materiales y personales necesarios para realizar diagnósticos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas. No se consideran Centros Hospitalarios, los balnearios, casas de reposo, asilos o similares.
- › **Crisis:** Efecto o conjunto de efectos que derivan de un hecho traumático y que conllevan la inhabilitación o impedimento cierto de la persona para el desempeño regular de sus tareas diarias.
- › **Cuarentena:** Aislamiento temporal de personas para prevenir que se extienda una enfermedad infecciosa.
- › **Domicilio del asegurado:** A efectos de las prestaciones de las garantías y límites de indemnización descritos en cada una de ellas, el domicilio del asegurado es el de su residencia habitual en sus diferentes países de origen, por lo que siempre que aparezca la palabra España, se entenderá que es el país de origen del Asegurado y siempre que aparezca la palabra extranjero se entenderán

todos los demás países, excepto el del domicilio del Asegurado.

- › **Emergencia de salud pública de importancia internacional:** Evento grave, inesperado, con riesgo de propagación internacional que hace necesario que las autoridades sanitarias internacionales o nacionales tomen medidas de restricción de los viajes y /o el comercio.
- › **Enfermedad:** Toda alteración del estado de salud del Asegurado, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido, y cuya asistencia sea precisa.
- › **Enfermedad congénita:** Es aquella con la que se nace, por haberse contraído en el seno del útero materno.
- › **Enfermedad grave:** Toda alteración del estado de salud del Asegurado, que haga precisa la asistencia urgente e imprescindible de servicios médicos para evitar riesgo a la vida del Asegurado.
- › **Enfermedad preexistente:** Toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médicamente o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad a la fecha de inicio del viaje.
- › **Enfermedad terminal:** Afección avanzada, progresiva e incurable para la que no existen posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida inferior a 12 meses.
- › **Equipaje:** Todos los objetos de uso personal que el asegurado lleve consigo durante el viaje, así como los expedidos por cualquier medio de transporte.
- › **Estabilización de paciente:** Momento en el que se ha asegurado la vía aérea, controlado la hemorragia, tratado el shock e inmovilizado las fracturas, interrumpiendo el agravamiento del estado del paciente y manteniendo en el tiempo sus constantes vitales (presión arterial, pulso, respiración y perfusión de los tejidos).
- › **Evento:** Conjunto de todos los siniestros individuales que surjan o sean directamente ocasionados por una misma ocurrencia o acontecimiento.
- › **Familiares:** Se consideran familiares únicamente los cónyuges, parejas de hecho, hijos, padres, hermanos y suegros salvo lo dispuesto para cada Cobertura o Garantía.
- › **Fecha de siniestro:** Aquella en que se produce el riesgo previsto y garantizado en póliza que, en todo caso, habrá de derivar, necesariamente, de un accidente o evento

ocurrido estando en vigor el contrato de seguro.

- › **Franquicia:** Es el importe o porcentaje, expresamente pactados, que en una Indemnización por siniestro corre a cargo del Asegurado como propio Asegurador.
- › **Grupo asegurable:** Es el conjunto de personas físicas, unidas por un vínculo común previo o simultáneo a la adhesión del seguro y diferente a éste, que cumplan las condiciones para ser Asegurados. Este conjunto de personas está formado por aquellas que tengan una vinculación académica con la universidad, tanto matriculados como aquellos que participen en actividades impartidas, desarrolladas u organizadas por la Universidad.
- › **Hospitalización:** Supone el registro de entrada del paciente y su permanencia justificada en el hospital durante un mínimo de 24 horas.
- › **Hurto:** Apropiación de cosas ajenas, con ánimo de lucro, sin emplear violencia o intimidación en las personas, o fuerza en las cosas.
- › **Incidente traumático:** Hecho grave, repentino e imprevisto, individualizable e identificable que produce una alteración grave, a juicio médico, en las capacidades de la persona y que desemboca en una crisis funcional.
- › **Pareja:** Cónyuge, pareja de hecho inscrita como tal en un Registro de carácter oficial, local, autonómico o nacional así como situaciones de análoga convivencia acreditada.
- › **Póliza:** Es el documento que incorpora el Contrato de Seguro. Está constituida por Condiciones Generales y Particulares que han sido entregadas al Tomador/Asegurado en el momento de la contratación. También pueden existir Condiciones Especiales para ciertos riesgos o grupos asegurables. La Póliza incluye los Suplementos o anexos que modifiquen o complementen su contenido.
- › **Prima:** El precio del seguro. Contendrá además los impuestos que sean de legal aplicación.
- › **Residencia habitual:** Aquel lugar en que el Asegurado tiene su vivienda principal. En caso de duda, se entenderá que es aquel que figura como tal en su inscripción censal.
- › **Robo:** Apropiación de cosas ajenas mediante violencia o intimidación en las personas, o fuerza en las cosas.
- › **Suma asegurada:** La cantidad fijada en las Condiciones Particulares, Especiales y Generales, que constituye el límite máximo de la indemnización o reembolso a pagar por el Asegurador por el conjunto de los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza.
- › **Tomador del seguro:** La persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador, y representa al Grupo Asegurado, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por los Asegurados o

sus Beneficiarios.

- › **Urgencia vital:** Situación de grave quebranto de la salud que requiere de una asistencia médico-sanitaria que, de no prestarse de forma inmediata, podría poner en peligro la vida del paciente o su integridad física o causar un menoscabo permanente en su salud.
- › **Viaje al extranjero:** Cualquier desplazamiento y consiguiente estancia de los Asegurados fuera del país que corresponda a su domicilio y/o residencia habitual.

ESTIPULACIÓN PRIMERA: GARANTÍAS CUBIERTAS

A) GARANTÍAS DE ASISTENCIA MÉDICA EN VIAJE:

Se cubre la Asistencia Médica en Viaje 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 Médica 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:

› **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 30.000 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: anticipo de fianza por hospitalización en el extranjero**

Cuando por accidente o enfermedad cubiertos por la Póliza durante un viaje por el extranjero, el Asegurado precise ser ingresado en un Centro Hospitalario, el Asegurador se hará cargo de la fianza que el Centro demande para proceder a la admisión del Asegurado, **con el límite estipulado para la garantía de Gastos Médicos.**

› **Garantía cuarta: envío de medicamentos al extranjero**

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 quinta: prolongación de estancia**

Si el Asegurado se halla enfermo o accidentado en el extranjero, y no es posible su regreso en la fecha prevista, cuando el equipo médico del Asegurador lo decida en función de sus contactos con el médico que lo atiende, el Asegurador tomará a su cargo los gastos no previstos inicialmente por el Asegurado motivados por la prolongación de la estancia en el hotel y de manutención **hasta el límite de 100 euros al día durante máximo 20 días.**

› **Garantía sexta: 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 o hasta el domicilio del Asegurado si el Accidente o Enfermedad Grave se hubiera producido durante su estancia 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.

B) GARANTÍAS DE ASISTENCIA EN VIAJE:

› **Garantía séptima: gastos de desplazamiento de un acompañante**

Si el Asegurado debiera ser hospitalizado, como consecuencia del acaecimiento de un riesgo cubierto por la Póliza por un tiempo previsto **superior a cinco (5) noches**, el Asegurador facilitará al acompañante que haya sido designado por el Asegurado, **un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo que el Asegurador considere más idóneo, para que acuda junto al hospitalizado.**

› **Garantía octava: gastos de estancia para acompañante del asegurado hospitalizado**

En caso de que la **hospitalización** del Asegurado, motivada por un accidente o enfermedad cubiertos en la póliza, se prevea **superior a cinco noches**, el Asegurador se hará cargo de los gastos de alojamiento y manutención en la localidad donde se encuentre hospitalizado éste, de la persona acompañante que haya sido designada por el Asegurado y **hasta el límite de 100 euros al día durante máximo 10 días.**

Esta garantía será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el Asegurado.

› **Garantía novena: traslado o repatriación de restos mortales**

a) 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 o hasta el domicilio del Asegurado si el fallecimiento se hubiera producido durante su estancia en España.

No son objeto de cobertura de esta garantía los gastos de inhumación, cremación o ceremonia funeraria, ni el coste del ataúd.

b) Si por aplicación del apartado a) de esta cobertura quedarán enseres personales del Asegurado en su lugar de viaje, el Asegurador se hará cargo de los gastos necesarios para el traslado o repatriación de su equipaje, **hasta el límite de 500 euros.**

› **Garantía gastos de desplazamiento del acompañante de restos mortales**

El asegurador facilitará, a un máximo de dos personas residentes en el país de residencia del asegurado, y 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 que el Asegurador**

considere más idóneos para acompañar los restos mortales.

› **Garantía undécima: gastos de estancia del acompañante de restos mortales**

De haber lugar a la cobertura anterior, si el/los acompañantes debiera/n 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 el límite de 100 euros al día durante máximo 10 días.**

› **Garantía duodécima: pérdida o robo de documentos personales en el extranjero**

En el caso de que el Asegurado extraviase o le fueran sustraídos durante el transcurso de un viaje por el extranjero, documentos personales tales como Pasaportes, Visados, Tarjetas de Crédito o Documentos de Identificación imprescindibles, el Asegurador colaborará en las gestiones de denuncia ante las autoridades u organismos públicos o privados necesarios, así como se hará cargo de los gastos ocasionados por la nueva expedición de los mismos y **hasta el límite de 200 euros.**

No son objeto de esta cobertura y, en consecuencia, no se indemnizarán los perjuicios derivados de la pérdida o robo de los objetos mencionados o de su utilización indebida por terceras personas ni los gastos ocasionados en el país de origen o residencia.

› **Garantía decimotercera: fianzas y gastos procesales en el extranjero**

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 días, el importe correspondiente a los gastos de Defensa Jurídica del mismo, 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 el límite de 10.000 euros.**

› **Garantía decimocuarta: asistencia jurídica en el extranjero**

a) Asistencia Legal:

- **Orientación legal básica en el extranjero:** en caso de siniestro cubierto por la póliza, los abogados españoles del Asegurador facilitarán al Asegurado unos consejos básicos sobre cómo orientar la situación, hasta que contacte con un abogado nacional.

- **Conexión con Red Internacional de Abogados:** en caso de siniestro cubierto por la póliza, el Asegurador pondrá al Asegurado en contacto con un abogado de su Red, si existiera en la localidad.

b) Reclamación Daños Personales ocasionados por un tercero:

Defensa de los intereses del Asegurado en el extranjero, reclamando los daños de origen no contractual que haya sufrido en su persona, ocasionados por imprudencia o dolosamente por un tercero. **El límite máximo de Gastos para esta garantía será de 10.000 euros.**

c) Defensa Penal en el extranjero: Defensa del Asegurado y de su responsabilidad penal en tribunales extranjeros en el ámbito de su vida privada, con motivo del desplazamiento objeto del Seguro. **Se excluyen los casos en los que concorra dolo o culpa grave por parte del Asegurado. El límite máximo de Gastos para esta garantía será de 10.000 euros.**

› **Garantía decimoquinta: pérdida o robo del equipaje**

El Asegurador garantiza, **hasta el límite de 900 euros**, y a reserva de las exclusiones que se indican en estas Condiciones Generales el pago de la indemnización de las pérdidas materiales sufridas por el equipaje, durante los viajes de ida y vuelta al país de origen del Asegurado, a consecuencia de:

- Robo (a estos efectos, se entiende por robo únicamente la sustracción cometida mediante violencia o intimidación a las personas o fuerza en las cosas).

- Averías o daños causados directamente por incendio o robo.

- Averías y pérdida definitiva, total o parcial, ocasionadas por el transportista.

Los objetos de valor quedan comprendidos hasta el 50% de la suma asegurada sobre el conjunto del equipaje. Por objetos de valor se entienden las joyas, relojes, objetos de metales nobles, pieles, cuadros, objetos de arte, plata y orfebrería en metales preciosos, objetos únicos, teléfonos móviles y sus accesorios, cámaras y complementos de fotografía y vídeo, radiofonía, de registro o de reproducción de sonido o imagen, así como sus accesorios, el material informático de toda clase, las maquetas y accesorios teledirigidos, rifles, escopetas de caza, así como sus accesorios ópticos, sillas de ruedas y aparatos médicos, etc.

Las joyas, pieles y el dinero en efectivo, están garantizadas únicamente contra el robo y solamente cuando se depositen en la caja de seguridad de un hotel o las lleve consigo el Asegurado.

Los equipajes dejados en vehículos automóviles se consideran asegurados solamente si están en el maletero y este permanece cerrado con llave. Desde las 22 horas hasta las 6 horas el vehículo ha de permanecer en el interior de un aparcamiento cerrado y vigilado; se exceptúan de esta limitación los vehículos confiados a un transportista. En ningún caso quedarán garantizados los robos del equipaje depositado en furgonetas o vehículos monovolumen, al

carecer éstos de maletero con cierre independiente.

Queda expresamente derogada la aplicación de regla proporcional en caso de siniestro de esta garantía, liquidándose a primer riesgo.

A las indemnizaciones a recibir bajo esta garantía se les deducirá la indemnización percibida por la demora del mismo equipaje.

En los casos de robo, el Asegurado debe denunciar el hecho ante la policía en el lugar de ocurrencia, haciendo constar en ésta la relación de objetos y su valoración económica, así como obtener una copia de dicha denuncia que remitirá al Asegurador. Dicha denuncia deberá ser interpuesta en un plazo máximo de 48 horas desde el robo.

› **Garantía decimosexta: demora en la entrega de equipajes facturados en transporte público**

En caso de demora en la entrega de equipaje facturado en transporte público, **superior a 6 horas**, el Asegurador se hará cargo del importe de aquellos artículos de primera necesidad que el Asegurado precisara adquirir con motivo de la falta temporal de su equipaje, siendo requisito imprescindible que tales artículos sean adquiridos dentro del plazo de demora sufrido.

El Asegurado deberá aportar la correspondiente documentación acreditativa de la demora, expedida por el transportista, y las facturas originales de los objetos adquiridos. **Este reembolso será deducible de la suma asegurada que corresponda en caso de pérdida de conformidad con la cobertura anterior.**

El límite temporal mínimo de demora será a partir de 6 horas y la suma máxima asegurada para este concepto será de 300 euros.

› **Garantía decimoséptima: demora del viaje**

En caso de demora en la salida del medio de transporte contratado **superior a las horas especificadas**, con un preaviso por parte de la Compañía Transportista inferior a 24 horas y siempre que el Asegurado tuviera billete confirmado previamente, el Asegurador reembolsará los gastos de viaje, alojamiento y manutención extraordinarios correspondientes. A los efectos de esta garantía se entiende únicamente por medio de transporte el avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular.

Los límites, tanto temporales como económicos, serán: tiempos superiores a 6 horas de demora una suma máxima asegurada de 150 euros; en tiempos de demora superiores a 12 horas, la suma máxima asegurada será de 300 euros.

› **Garantía decimooctava: pérdida de conexiones**

Si se produjera la falta de conexión entre dos trayectos previamente confirmados por retraso del transporte inicial y **siempre que medien dos (2) horas o más de demora** con

respecto a la conexión perdida, el Asegurador reembolsará al Asegurado los gastos de viaje, alojamiento y manutención extraordinarios correspondientes, **hasta el límite de 150 euros.**

Esta garantía se refiere únicamente a trayectos en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular.

› **Garantía decimonovena: demora del viaje por sobreventa**

Si como consecuencia de la contratación por parte del transportista de mayor número de plazas de las realmente existentes se produjera una demora en la utilización del medio de transporte, el Asegurador reembolsará los gastos de viaje, alojamiento y manutención extraordinarios **hasta el límite de 150 euros, si dicha demora es superior a seis (6) horas.**

A los efectos de esta garantía se entiende por cancelación efectiva la suspensión total del transporte que imposibilite el viaje del Asegurado en el medio contratado.

› **Garantía vigésima: cancelación del viaje**

Si se produjera la cancelación efectiva del viaje del Asegurado con billete confirmado, en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular, con un preaviso por parte de la Compañía Transportista inferior a 24 horas y siempre que el Asegurado tuviera billete confirmado previamente, el Asegurador reembolsará al Asegurado los gastos de viaje, alojamiento y manutención extraordinarios correspondientes **hasta el límite de 150 euros.**

A los efectos de esta garantía se entiende por cancelación efectiva la suspensión total del transporte que imposibilite el viaje del Asegurado en el medio contratado.

› **Garantía vigésimo primera: anulación de la salida del medio de transporte debido a huelga**

Cuando la salida del medio de transporte público de ida elegido por el Asegurado fuera anulada debido a huelga, el Asegurador abonará **hasta el límite de 150 euros, los gastos de taxi, tren o coche de alquiler realizados por el Asegurado para regresar al domicilio desde el que partió hacia el aeropuerto, estación de tren o puerto en el que se anuló la salida.**

› **Garantía vigésimo segunda: regreso anticipado del asegurado por fallecimiento de un familiar**

Cuando el Asegurado tenga que interrumpir el viaje por fallecimiento del cónyuge, pareja de hecho, hijos, padres, hermanos o suegros el Asegurador se hará cargo del desplazamiento, **en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo que el Asegurador considere más idóneo**, hasta su lugar de residencia habitual o hasta el lugar de inhumación en el país

de residencia habitual del Asegurado, así como la vuelta al lugar de destino académico si así lo solicita el asegurado, y siempre que no pueda efectuar tal desplazamiento con el medio de transporte propio o contratado para realizar el viaje.

› **Garantía vigésimo tercera: gastos de regreso anticipado por causa de riesgos extraordinarios**

En caso de producirse un hecho de carácter extraordinario de los descritos a continuación:

- a) Fenómenos de la naturaleza: inundaciones extraordinarias, terremotos, maremotos, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caída de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

El Asegurador se hará cargo **del coste del transporte del asegurado hasta su domicilio habitual en avión (Clase turista) desde el aeropuerto internacional más cercano, o tren (1ª clase) desde la estación segura más cercana**. Si las circunstancias especiales lo requieren el Asegurador podrá proceder a realizar adelanto de fondos necesario para que el asegurado realice las gestiones de viaje personalmente, quedando obligado a la presentación de facturas correspondientes y al reembolso del adelanto no utilizado.

En todos los casos esta garantía solo surtirá efecto:

- **si la situación implica que el asegurado no puede continuar con la actividad motivo de su desplazamiento.**

- **si existe una declaración de riesgo tal que conlleve la recomendación de abandonar el lugar por parte de las autoridades españolas tales como el Ministerio de Asuntos Exteriores.**

- **por imposibilidad de completar el curso, prácticas o actividad que desempeña en su desplazamiento, y que exija una finalización en su país a petición expresa y debidamente acreditada por parte de su Universidad de Origen.**

› **Garantía vigésimo cuarta: 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 efectuar un diagnóstico telefónico sin la observación directa del enfermo.

› **Garantía vigésimo quinta: segunda opinión médica para desplazados**

Cuando durante el desplazamiento de larga duración al extranjero, se diagnostique al Asegurado por primera vez una enfermedad grave incluida en la lista adjunta (*), éste podrá solicitar al Asegurador una Segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médico de la afección.

Esta Segunda opinión podrá ser presencial (consulta y realización de pruebas **hasta el límite de 2.500 euros**) o documental (emisión de un informe por un consultor especialista que estudiará la información disponible y con base en la misma responderá a las preguntas del Asegurado).

Para utilizar la Segunda opinión documental, el Asegurado remitirá a su cargo y responsabilidad una copia de sus informes médicos, exploraciones por imagen, biopsias y/u otras pruebas diagnósticas de las que disponga.

En ambos casos, los consultores serán designados por el Asegurador entre especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel en España o en el país de origen o residencia del Asegurado. En el caso de la Segunda opinión presencial, las pruebas diagnósticas cubiertas serán las que prescriba el Consultor designado por el Asegurador, dentro de los límites de la cobertura.

Durante todo este proceso, el Asegurado estará asistido e informado en todo momento por un equipo sanitario dirigido por un médico, que será el responsable de gestionar el caso.

La Segunda opinión deberá solicitarse al Asegurador en un plazo máximo de tres meses desde el primer diagnóstico.

El límite máximo de Gastos totales para esta garantía será el establecido en Condiciones Particulares.

(* LISTA DE ENFERMEDADES

- Enfermedades cardiovasculares con afectación de órganos (Infarto de miocardio. Enfermedad coronaria, Valvulopatías avanzadas, Isquemia crónica severa de extremidades) o que requieran procedimientos invasivos para su diagnóstico o tratamiento tales como cirugía de revascularización coronaria (Bypass) o intervenciones sobre válvulas o vasos.
- Enfermedades cerebro vasculares (Hemorragia, Infarto cerebral).
- Enfermedades neurológicas, neurodegenerativas y neuroquirúrgicas potencialmente progresivas (Esclerosis múltiple, ELA).
- Parkinson.
- Alzheimer.
- Afecciones oftalmológicas con riesgo de pérdida de la vista.
- Oncología y Onco-hematología (Cáncer).
- Insuficiencia renal.
- VIH.
- Trastornos autoinmunes.
- Trasplante de órganos (Corazón, Pulmones, Hígado, Páncreas, Riñón y Médula ósea).
- Intervenciones quirúrgicas sobre columna vertebral.
- Intervenciones quirúrgicas de alta complejidad (que requieren la intervención de cirujanos súper especializados) con ingreso hospitalario para tratar enfermedades o patología traumatológica grave.

› **Garantía vigésimo sexta: 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 vigésimo séptima: servicio de información asistencia**

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 y ayuda desarrolladas.

› **Garantía vigésimo octava: localización de equipajes u objetos personales perdidos**

El Asegurador pone a disposición del Asegurado su red de Centrales de Asistencia, para cuantas gestiones de búsqueda y localización sean necesarias en caso de pérdida de equipajes o efectos personales, siempre que sea debida al transportista; facilitando además su colaboración para que el Asegurado efectúe la correspondiente denuncia o reclamación.

En caso de posterior localización y recuperación, el Asegurado se obliga a devolver la indemnización que por la pérdida, robo o destrucción hubiera recibido de acuerdo a esta póliza.

› **Garantía vigésimo novena: servicio de intérprete**

Si el Asegurado por cualquiera de las garantías de asistencia a personas, cubiertas por la póliza, tiene la necesidad de un intérprete, en una primera intervención, la Aseguradora pondrá a su disposición una persona que haga posible la traducción de acuerdo con la situación en que se encuentre, siempre que existan referencias en la localidad donde se encuentre el Asegurado y **hasta el límite de 300 euros.**

› **Garantía trigésima: responsabilidad civil**

1. Responsabilidad Civil Privada

El Asegurador toma a su cargo, **hasta el límite de 60.000 euros**, que con arreglo a los artículos 1902 a 1910 del Código Civil, o disposiciones similares previstas por las legislaciones extranjeras, viniera obligado a satisfacer el Asegurado, en su condición de persona privada, como civilmente responsable de daños corporales o materiales causados involuntariamente durante el viaje a terceros en sus personas, animales o cosas.

No tienen la consideración de terceros, el Tomador del seguro, el resto de los Asegurados por esta póliza, sus cónyuges, pareja de hecho inscrita como tal en un Registro

de carácter oficial, local, autonómico o nacional, ascendientes o descendientes o cualquier otro familiar que conviva con cualquiera de ambos, así como sus socios, asalariados y cualquier otra persona que de hecho o de derecho dependan del Tomador o del Asegurado, mientras actúen en el ámbito de dicha dependencia.

En este límite quedan comprendidos el pago de las costas y gastos judiciales, así como la constitución de las fianzas judiciales exigidas al Asegurado.

Las franquicias que serán de aplicación por siniestro, así como el capital máximo garantizado por póliza y año quedarán establecidos en las Condiciones Particulares.

2. Responsabilidad Civil de Explotación

Con sujeción a los términos y condiciones de la Póliza, queda amparada la responsabilidad civil que directa, solidaria o subsidiariamente se le pueda imputar al Asegurado por los daños causados a terceros por actos u omisiones propios del Asegurado o de las personas por las cuales éste deba responder, y que tengan su origen en el desarrollo de su actividad incluyendo, a título meramente enunciativo y no limitativo:

a) Daños que el alumno cause a terceros tanto cuando se encuentre en las instalaciones del centro en el que cursa sus estudios como fuera de ellas con motivo de viajes y/o excursiones y siempre que dichos daños sean causados por acciones u omisiones culposas o negligentes de la persona asegurada en la póliza.

b) Daños materiales o personales causados involuntariamente en las prácticas realizadas durante su viaje y que pertenezcan a su proceso de formación dentro del plan de estudios de la universidad, realizadas siempre bajo la supervisión del tutor o responsable de las mismas.

En relación a esta cobertura, y sin perjuicio del resto de exclusiones aplicables, quedan expresamente excluidas las Reclamaciones derivadas de:

a) daños ocasionados por no disponer de la formación y/o titulación necesaria para el ejercicio de profesión y/o actividad profesional.

b) Daños ocasionados por extralimitarse de las meras funciones de aprendizaje que el alumno tiene encomendadas durante la realización de las prácticas.

c) Responsabilidades imputables al tutor o responsable de las prácticas del alumno.

Estipulaciones Especiales:

Se establece un **sublímite de indemnización de 60.000 euros por siniestro y periodo de seguro** para la cobertura otorgada para los alumnos durante la realización de

“prácticas”.

› **Garantía trigésimo primera: accidentes durante el viaje**

1. Fallecimiento

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, y ocurrido durante el periodo de vigencia de la misma, se produjera la muerte del Asegurado, **inmediatamente o dentro del plazo de dos años a contar desde la fecha del accidente**, el Asegurador pagará al Beneficiario la Suma Asegurada estipulada de hasta 50.000 euros.

Cuando la edad del Asegurado sea inferior a 14 años, no estarán asegurados para riesgo de Fallecimiento, esta prestación será sustituida por una indemnización en concepto de Gastos de Sepelio con un máximo de 3.005,06 euros.

2. Invalidez Permanente

Tendrá tal carácter la pérdida anatómica o impotencia funcional de miembros y órganos que sean consecuencia de lesiones corporales originadas por un accidente cubierto por esta póliza, y ocurrido durante el periodo de vigencia de la misma, **producida inmediatamente o dentro de dos años a contar desde la fecha del accidente**, el Asegurador abonará la Suma Asegurada de hasta 50.000€.

A efectos de esta Garantía se entenderán los grados de invalidez según las definiciones abajo descritas y quedarán cubiertas, única y exclusivamente, aquellas que figuren expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza:

I. Invalidez Permanente Absoluta: la situación por la que el Asegurado quede incapacitado para realizar cualquier profesión.

En caso de Invalidez Permanente y Absoluta por accidente, el Asegurador pagará la Suma Asegurada estipulada en la póliza para tal evento.

II. Invalidez Permanente Parcial: si del accidente resultase una Invalidez Permanente Parcial del Asegurado, el importe de las indemnizaciones a satisfacer por el Asegurador será el resultado de aplicar a la suma asegurada estipulada para caso de Invalidez Permanente que corresponda, los porcentajes que a continuación se detallan.

Tipo de lesión	Derecho	Izquierdo
Enajenación mental incurable, que imposibilite el ejercicio de cualquier actividad laboral	100%	
Ceguera completa en ambos ojos	100%	
Pérdida total de ambas piernas o pies, ambas manos o brazos, de un brazo y de una pierna o de una mano y un pie	100%	
Cuadrípleja	100%	
Parapleja	100%	
Pérdida total del brazo o de la mano	60%	50%
Pérdida total del movimiento del hombro	30%	20%
Pérdida total del movimiento del codo	20%	15%
Pérdida total del pulgar y del índice de la mano	40%	30%
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20%	15%
Pérdida de tres dedos de la mano, que no sean pulgar o índice	25%	20%
Pérdida del pulgar y otro que no sea el índice de la mano	30%	25%
Pérdida de tres dedos de la mano, incluidos pulgar o índice	35%	30%
Pérdida del índice de la mano y otro que no sea el pulgar	25%	20%
Pérdida del pulgar de la mano sólo	22%	18%
Pérdida del índice de la mano sólo	15%	12%
Pérdida del medio, anular o meñique de la mano sólo	10%	8%
Pérdida de dos de estos últimos dedos de la mano	15%	12%
Pérdida de una pierna o un pie	50%	
Amputación parcial de un pie, comprendidos todos los dedos	25%	
Sordera completa de los dos oídos	40%	
Sordera completa de un oído	10%	
Pérdida total de la voz	25%	
Ablación mandíbula inferior	30%	
Pérdida total de un ojo, o reducción a la mitad de la visión binocular	30%	
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25%	
Fractura no consolidada de una rótula	20%	
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20%	
Acortamiento por lo menos de 5 cms. de un miembro inferior	15%	
Pérdida del dedo pulgar de un pie	10%	
Pérdida de otro dedo del pie	5%	

Serán de aplicación como complemento del anterior baremo, las siguientes normas:

- a) La existencia de varios tipos de invalidez derivados de un mismo accidente, se indemnizará acumulando sus porcentajes de indemnización, con máximo del 100 por 100 de la Suma Asegurada para esta garantía.
- b) La suma de porcentajes de indemnización por varios tipos de Invalidez Parcial en un mismo miembro u órgano no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.
- c) Si la víctima es zurda, lo que deberá probar convenientemente, los porcentajes previstos referentes al miembro superior derecho se aplicarán al miembro superior izquierdo y viceversa.
- d) Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y la que resulte después del accidente.
- e) La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará de conformidad con el artículo 104 de la Ley 50/1980. Si el Asegurado no aceptase la proposición de la Entidad Aseguradora en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos conforme a los artículos 38 y 39 de la citada Ley.

f) La Entidad Aseguradora abonará el importe de la primera prótesis que se le practique al Asegurado para corregir las lesiones residuales producidas por accidente garantizado en la póliza. El alcance de dicha prótesis no excederá del 10 por 100 de la suma indemnizable para el caso de Incapacidad Permanente, y en ningún caso sobrepasará la cantidad de 600 euros.

A falta de designación expresa por parte del Asegurado, el Tomador designa como beneficiarios de los apartados 1 y 2 de esta garantía, al Asegurado o a sus herederos legales.

• **La calificación de incapacidad permanente del Asegurado corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social, con carácter definitivo o mediante sentencia judicial firme. En el caso de que el empleado no tenga derecho a una prestación por incapacidad por no reunirse los requisitos exigidos por la Seguridad Social, corresponderá la calificación a los servicios médicos de la entidad Aseguradora.**

• **Sin perjuicio de lo que pueda establecerse en condiciones particulares, las prestaciones previstas para los riesgos de Fallecimiento e Invalidez permanente Absoluta, no son acumulables entre sí. Por tanto, el pago de una prestación extinguirá automáticamente la cobertura del resto de garantías.**

No obstante, si después del pago de una indemnización por invalidez permanente, se produjese el fallecimiento del Asegurado o una invalidez de grado mayor, como consecuencia del mismo siniestro, el Asegurador pagará la diferencia entre el importe satisfecho por invalidez y la suma asegurada para el caso de fallecimiento o invalidez de grado superior, cuando dicha suma fuese superior.

• **En ningún caso las prestaciones otorgadas por la Póliza vienen a asegurar mejoras voluntarias del Régimen General de la Seguridad Social, por lo que al Contrato de Seguro no le será de aplicación lo dispuesto en el Art. Nº 156 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.**

• **En el caso de que las consecuencias derivadas de un accidente cubierto por el presente contrato se agraven a causa de una enfermedad o dolencia preexistente o posteriores al mismo pero de distinto origen, el Asegurador quedará exclusivamente obligado por aquellas consecuencias directas, considerándose como tales las que normalmente experimentaría una persona que no adoleciera de tal enfermedad o no padeciera dicha dolencia.**

› **Garantía trigésimo segunda: indemnización por pérdida de clases por accidente**

En caso de accidente o repatriación médica del asegurado por parte del ASEGURADOR que impida su asistencia a las clases programadas **durante 20 días consecutivos**, se reembolsarán los gastos justificados incurridos en concepto de clases particulares **hasta el límite de 1.200 euros**.

El asegurado deberá presentar el documento acreditativo de contratación y pago de clases para poder acreditar dicho reembolso.

› **Garantía trigésimo tercera: indemnización por pérdida de matrícula**

En caso de accidente, o de repatriación médica del asegurado por parte del ASEGURADOR, que impida al asegurado asistir a las clases programadas durante, como mínimo, dos meses consecutivos a contar desde la fecha del accidente, o éste hubiese ocurrido dentro de los 15 días inmediatamente anteriores a la convocatoria de un examen final, impidiendo su asistencia al mismo, el ASEGURADOR reintegrará el importe de dicha matrícula **hasta el límite de 1.800 euros**.

En todo caso, deberán ser los servicios médicos del asegurador los que dictaminen si la enfermedad o accidente sufrido por el asegurado es lo suficientemente relevante para que impida la realización del correspondiente curso.

› **Garantía trigésimo cuarta: infortunio familiar**

Se garantiza el pago del gasto del curso universitario del asegurado en el extranjero, **hasta el límite de 2.000 euros**, en caso de fallecimiento por accidente del padre, madre, tutor o persona de la que dependa económicamente el asegurado.

ESTIPULACIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES

A) EXCLUSIONES APLICABLES A LAS GARANTÍAS DE ASISTENCIA MÉDICA EN VIAJE:

Quedan excluidos de la Póliza:

- Las Enfermedades Preexistentes y/o Congénitas, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico, previas al inicio del viaje al extranjero.**
- Los exámenes médicos generales, revisiones periódicas, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de Medicina Preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.**
- Los Viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico o con posterioridad al diagnóstico de una**

enfermedad terminal.

- d) El diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos.
- e) Gastos de inhumación y ceremonia así como el coste del ataúd en la garantía de transporte o repatriación de restos mortales.
- f) Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.
- g) El suicidio, intento de suicidio o auto lesiones del Asegurado.
- h) El consumo de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hubieran sido prescritos por un Médico. El tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de Enfermedades mentales o nerviosas.
- i) Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/ó reparación de prótesis, materiales y dispositivos de cualquier tipo, tales como marcapasos, estimuladores, piezas anatómicas u odontológicas, órtesis y material de osteosíntesis (incluidos los sustitutivos de hueso natural, cerámicas fosfoalcalicas, cementos fosfoalcalicos, sulfato cálcico, colágeno, materiales osteoinductores, matriz ósea desmineralizada, proteína ósea morfogenética y factores de crecimiento), prótesis de mama, lentes intra y extraoculares, aparatos de sordera, muletas; prótesis valvulares y vasculares (“bypass” y stents); Cualquier otro gasto relativo a cualquier producto, material o sustancia implantable, activa, sintética o biológica no autóloga, no incluidos en el detalle anterior”.
- 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) Cuando el siniestro se produzca en el extranjero, cualquier gasto médico incurrido en España, aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.
- m) Los viajes al extranjero de duración igual o superior a 90 días consecutivos.

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 A LAS GARANTÍAS DE INCIDENCIAS EN VIAJES, VUELOS Y SERVICIOS DE ASISTENCIA

- a) Las mercancías, billetes de viaje, dinero en efectivo, colecciones de sellos, títulos de cualquier naturaleza, documentos en general y valores en papel, cintas y/o discos con memoria, documentos registrados en bandas magnéticas o filmados, colecciones y material de carácter profesional, prótesis, gafas y lentes de contacto. A estos efectos no se consideran material profesional los ordenadores personales.
- b) El hurto. A estos efectos se entiende por hurto aquella sustracción cometida al descuido, sin que medie violencia ni intimidación en las personas ni fuerza en las cosas.
- c) Los daños debidos a desgaste normal o natural, vicio propio y embalaje inadecuado o insuficiente o no identificado, así como los equipajes frágiles o productos perecederos. Los producidos por la acción de la intemperie.
- d) Las pérdidas resultantes de que un objeto, no confiado a un transportista, haya sido simplemente extraviado u olvidado.
- e) El robo proveniente de la práctica del camping o caravana en acampadas libres, o en cualquier alojamiento no fijo, quedando totalmente excluidos los objetos de valor en cualquier modalidad de acampada.
- f) Los daños, pérdidas o robos, resultantes de que los efectos y objetos personales hayan sido dejados sin vigilancia en un lugar público o en un local puesto a disposición de varios ocupantes.
- g) Los daños causados directa o indirectamente por huelgas, terremotos y radioactividad.
- h) Los daños causados intencionadamente por el Asegurado, o negligencia grave de éste y los ocasionados por derrame de líquidos que vayan dentro del equipaje.
- i) Todos los vehículos a motor, así como sus complementos y accesorios.
- j) Quedan excluidas las coberturas de demora o cancelación producidas como consecuencia de una huelga o conflicto laboral, salvo lo dispuesto en la garantía específica de Huelga.

D) EXCLUSIONES APLICABLES A LA GARANTÍA DE ACCIDENTES

Además de las mencionadas bajo el apartado de las exclusiones aplicables con carácter general para todas las garantías, quedan excluidos de la póliza:

- a) No estarán incluidos los hechos que no tengan la consideración de accidente según lo estipulado en el apartado de Definiciones.
- b) Los accidentes que se provoquen por estados de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, SIDA, encefalitis, y, en general, cualquier lesión o enfermedad que disminuya la capacidad física o psíquica del Asegurado.
- c) Cualquier tipo de enfermedad y proceso interno de la persona.
- d) Vértigos, estado de inconsciencia, lumbagos, cervicalgias, ciáticas, esguinces y desgarros musculares, a menos que se pruebe ser consecuencia directa de accidentes garantizados por el presente contrato, las enfermedades infecciosas, lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbosos, vahídos, desvanecimientos, síncope, epilepsia o epileptiformes, aneurismas, ictus, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como sus agravaciones. El infarto de miocardio no se considera Accidente a efectos de esta póliza.
- e) Enfermedades, epidemias y todo tipo de procesos cuyo origen sea infección por picadura de insectos (malaria, tífus, fiebre amarilla, enfermedad del sueño y similares).
- f) Insolaciones, congelaciones y otras consecuencias de la acción del clima, así como esfuerzos desproporcionados, envenenamientos o infecciones que no tengan como causa directa y exclusiva una lesión producida por un accidente cubierto por este seguro.
- g) No se considerarán indemnizables los hechos que produzcan exclusivamente efectos psíquicos.
- h) Intoxicaciones alimenticias o medicamentosas.
- i) Las lesiones que se produzcan como consecuencia de accidentes derivados del uso de vehículos de dos ruedas con cilindrada superior a 75 c.c.
- j) Los accidentes ocurridos con anterioridad al viaje objeto de cobertura.

E) EXCLUSIONES APLICABLES A LA GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL:

Quedan excluidos de la Póliza:

Exclusiones de Responsabilidad Civil Privada:

- a) Cualquier tipo de Responsabilidad que corresponda al Asegurado por la conducción de vehículos a motor, aeronaves y embarcaciones, así como por el uso de armas de fuego.
- b) La Responsabilidad Civil derivada de toda actividad profesional, política o asociativa.
- c) Las multas o sanciones impuestas por Tribunales o autoridades de toda clase.
- d) La Responsabilidad derivada de la práctica de deportes como profesional y de las siguientes modalidades, aunque sea como aficionado, Alpinismo, boxeo, bosleigh, espeleología, judo, paracaidismo, ala delta, vuelo sin motor, polo, rugby, tiro, yachting, artes marciales y los practicados con vehículos a motor.
- e) Responsabilidad Civil por la propiedad-posesión de animales, de piscinas, de depósitos de combustible, etc.
- f) Responsabilidad Civil derivada de actividades empresariales, sindicales o comunitarias.
- g) Responsabilidad Civil derivada de la propiedad y/o tenencia de armas, vehículos a motor.
- h) Responsabilidad Civil por el alojamiento temporal de menores, amigos, etc.
- i) Responsabilidad Civil por daños a los bienes confiados, salvo los que lo son como consecuencia de las prácticas académicas de los alumnos.

Exclusiones de Responsabilidad Civil de Explotación:

- j) Daños ocasionados a objetos propiedad del alumno asegurado incluyendo su pérdida o extravío.
- k) Abuso o intento de abuso sexual.
- l) Reclamaciones ocasionadas por la práctica de deportes o actividades peligrosas como por ejemplo: submarinismo, puenting, espeleología, vuelo libre y/o sin motor, paracaidismo, barranquismo, esquí acuático, rappel, rafting.

F) EXCLUSIONES APLICABLES CON CARÁCTER GENERAL PARA TODAS LAS GARANTÍAS:

Quedan excluidos de la Póliza los daños, situaciones o gastos, que sean consecuencia de:

- 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) Quedan excluidos para todas las coberturas los asegurados con edad superior a 70 años.
- c) Los gastos producidos una vez que el Asegurado se encuentre en su lugar de residencia habitual (salvo para aquellas garantías cuyo ámbito territorial estipule lo contrario), los incurridos fuera del ámbito de aplicación de las garantías del seguro, y en todo caso, una vez concluidas las fechas del viaje objeto del contrato, a reserva de lo dispuesto en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- d) Los derivados de la práctica profesional o federada (incluido entrenamientos), o recibiendo remuneración, de cualquier deporte; incluidas las ligas o competiciones entre distintas universidades, que impliquen la pertenencia a un equipo o club universitario deportivo, calendario de competición reglado y que supongan una práctica del deporte extendida en el tiempo tanto en entrenamientos como en pruebas organizadas y fijadas de antemano, y en todo caso la práctica de las siguientes modalidades aunque sea como aficionado: vehículos a motor, alpinismo, barranquismo, escalada, espeleología, caza, esquí y/o deportes de invierno, gimnasia deportiva, puenting, bungee jumping, deportes náuticos, subacuáticos y de submarinismo, la utilización de avionetas y cualquier otra práctica deportiva que implique riesgo aéreo (tales como paracaidismo, ala delta, la ascensión en globo, etc.), hípica, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes aéreos (paracaidismo, aerostación, ala delta, vuelo libre, vuelo sin motor, etc.), toreo, capeas, encierro de reses bravas y cualquier otra participación en espectáculos taurinos; y, en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso o de alto riesgo.
- e) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea (exceptuando los realizados como pasajero de pago en vuelo de línea regular) o marítima no autorizados para el transporte público de viajeros, así como de helicópteros.
- f) La intervención de cualquier Organismo Oficial de Socorro de urgencia o el coste de sus servicios.
- g) Los ocurridos en montañas, simas, mares, selvas o desiertos, en regiones inexploradas. Viajes que tengan carácter de exploración o en submarinos.
- h) Los causados directa o indirectamente por la mala fe del Asegurado, por su participación en actos delictivos, o por sus acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia temeraria. Participación directa del Asegurado en duelos, carreras, apuestas, desafíos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes. Los actos fraudulentos o provocados intencionadamente por el Tomador, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos, así como el suicidio o la tentativa de suicidio.
- i) No son objeto de cobertura las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o en tratamiento psiquiátrico, embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes de cualquier tipo. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcoholemia, según los medios de determinación o medición en la Legislación Española en vigor en cada momento, sea superior a las tasas legalmente permitidas por dicha legislación.
- j) Los ocurridos a causa de conflictos armados o guerra, aun cuando no haya sido declarada, terrorismo, rebeliones, revoluciones, invasión, insurrección, el uso de poder militar o usurpación de gobierno o de poder militar, motines, tumultos populares, terremotos, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, maremotos, erupciones volcánicas y otros fenómenos de carácter extraordinario o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional, sin perjuicio de que queden amparados por la cobertura de Riesgos Extraordinarios, así como los daños provocados, en forma directa o indirecta, por exposición o contaminación nuclear, radiactiva, química o biológica. Quedan excluidos en todo caso los eventos cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.
- k) Los derivados de la renuncia o retraso, por parte del Asegurado o personas responsables por él, de los servicios propuestos por el Asegurador y/o acordados por su Servicio Médico.
- l) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos que sean innecesarios para la curación de un siniestro cubierto por esta póliza.
- m) El Asegurador queda relevado de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en esta Póliza.
- n) Salvo pacto expreso en contrario, no son objeto de cobertura los hechos acaecidos en aquellos países que, en el momento de la ocurrencia, se hallen en guerra, declarada o no, en conflicto armado.
- o) El Asegurador no otorgará cobertura y, por tanto, no será responsable de pagar ningún tipo de indemnización o compensación, cuando dicha

indemnización o compensación exponga al Asegurador a cualquier sanción, prohibición o restricción de conformidad con las resoluciones dictadas por las Naciones Unidas, o en virtud de leyes, reglamentos o sanciones comerciales y/o económicas de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América.

ESTIPULACIÓN TERCERA: RIESGOS CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el artículo 4 de la Ley 21/1990, de 19 de diciembre, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, y Disposiciones complementarias.

ESTIPULACIÓN CUARTA: 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 QUINTA: ÁMBITO TERRITORIAL

Únicamente las garantías Primera, Segunda y Tercera serán de aplicación en cualquier país del mundo, excepto en el país de origen del asegurado y España. El resto de garantías serán de aplicación también en España.

ESTIPULACIÓN SEXTA: 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.

ESTIPULACIÓN SÉPTIMA: TRATAMIENTO DE PROTECCIÓN DE DATOS

Usted consiente expresamente que los datos de carácter personal recogidos ahora o en el futuro sean incluidos en los ficheros cuyo responsable es S.O.S. Seguros y Reaseguros S.A. El tratamiento de tales datos tiene por finalidad facilitar el establecimiento y desarrollo de las relaciones contractuales que le vinculan con la Compañía.

Se ruega comunique a S.O.S. Seguros y Reaseguros S.A., cualquier variación que pueda producirse en los datos.

¿Consiente Vd. que tratemos los datos que nos facilite para la ejecución del contrato de seguro?

¿Consiente Vd. que tratemos los datos que nos facilite, para que podamos elaborar perfiles que nos permitan valorar, analizar y tarifar riesgos, para una mejor calidad del servicio?

Usted consiente expresamente el tratamiento de sus datos de salud facilitados a la Compañía como consecuencia de la solicitud de asistencia motivada por un siniestro. Estos datos podrán ser tratados con la finalidad de gestionar la prestación de asistencia requerida, así como para determinar el pago de los gastos producidos y que hayan sido asumidos por el interesado o, en su caso, el pago de indemnizaciones.

¿Consiente Vd. que tratemos los datos relativos a la salud que nos facilite, exclusivamente si resulta necesario para realizar las actividades propias del contrato de seguro, su gestión y ejecución?

Usted consiente expresamente el tratamiento de sus datos personales propios, de las personas físicas distintas del tomador incluidas en la póliza, y de terceros, a fin de prestar la asistencia derivada de la garantía de la póliza, incluso se trate de datos de categoría especial o sensibles que revelen el origen étnico o racial, las opiniones políticas, las convicciones religiosas o filosóficas, o la afiliación sindical, o datos relativos a la vida sexual o las orientaciones sexuales de una persona física, exclusivamente si resulta necesario para realizar las actividades propias del contrato.

¿Consiente Vd. que tratemos sus datos personales, de

las personas incluidas en la póliza, y de terceros, para la gestión y ejecución del contrato de seguro, exclusivamente si resulta necesario para realizar las actividades propias del contrato?

¿Consiente Vd. que tratemos datos personales que revelen el origen étnico o racial, las opiniones políticas, las convicciones religiosas o filosóficas, o la afiliación sindical, y el tratamiento de datos genéticos, datos biométricos dirigidos a identificar de manera unívoca a una persona física, datos relativos a la salud o datos relativos a la vida sexual o las orientaciones sexuales de una persona física?

Los datos facilitados serán susceptibles de comunicación a otras Entidades Aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector Asegurador, con fines estadísticos, de lucha contra el fraude o a efectos del coaseguro o reaseguro del riesgo.

La prestación del consentimiento a dicho tratamiento resulta imprescindible para la formalización de la relación contractual, no siendo posible sin el mismo.

¿Consiente Vd. que tratemos los datos que nos facilite para el cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a nuestra empresa en relación a actividades de prevención, detección y control del fraude, prevención y detección del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo?

Asimismo, usted autoriza a S.O.S. Seguros y Reaseguros S.A. el tratamiento de sus datos a fin de remitirle información incluso por vía electrónica, sobre los productos o servicios comercializados por la Compañía, empresas de su Grupo o de terceras empresas del sector Asegurador, bancario o relacionados con el sector turístico, pudiendo determinar perfiles de consumo para ello, así como realizar encuestas de satisfacción.

¿Consiente Vd. que tratemos los datos que nos facilite para enviarle publicidad personalizada y promoción de cualquier tipo de productos y servicios comercializados por la compañía?

Del mismo modo, usted autoriza a la Compañía para que ceda sus datos con la misma finalidad y por los mismos medios, a las empresas de su Grupo y empresas relacionadas con el sector Asegurador, bancario o turístico.

¿Consiente Vd. que tratemos los datos nos facilite, y que los cedamos a terceros con el fin de poderle prestar el servicio contratado?

En caso de incluirse en esta solicitud datos de personas físicas distintas del tomador del seguro, éste deberá informar previamente a tales personas de los extremos señalados en los párrafos anteriores. **Asimismo le recordamos que mediante la formalización de la solicitud de seguro, debió garantizarnos que ha obtenido el**

consentimiento de éstas y de sus representantes en caso de que se traten de menores.

Usted podrá **ejercitar sus derechos de acceso a los datos personales, su rectificación o supresión, su limitación de tratamiento, a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos y de retirada de su consentimiento ante la Entidad Aseguradora**, dirigiendo sus comunicaciones a la siguiente dirección:

**RESPONSABLE DE PROTECCIÓN DE DATOS
SOS SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.**

Calle Ribera del Loira, 4 - 6
28042 MADRID (ESPAÑA)
proteccion.datos@internationalsos.com



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

www.cigna.es