



CONDICIONES GENERALES

**Seguro de Asistencia
Sanitaria Ambulatoria**

ÍNDICE

INFORMACIÓN LEGAL DEL ASEGURADOR	4	Anatomía Patológica	9
DEFINICIONES	4	Neurofisiología Clínica	9
OBJETO	7	Medicina Nuclear	9
COBERTURAS DEL SEGURO	7	Radiodiagnóstico	9
Asistencia médica primaria	7	Tratamientos especiales	9
Enfermería o Servicios de enfermería	7	Fisioterapia y Rehabilitación	9
Especialidades	7	Foniatría y Logopedia	9
Alergología e inmunología	7	Cobertura de la maternidad y recién nacidos	9
Anestesiología y Reanimación	7	Tocología	9
Angiología y cirugía Vascular	7	Preparación al parto	10
Aparato Digestivo	7	Odontología	10
Cardiología	7	Otros Servicios Asistenciales	10
Cirugía Cardiovascular	7	Podología	10
Cirugía General y del Aparato Digestivo	7	Orientación Médica telefónica Cigna 24H	10
Cirugía Oral y Maxilofacial	7	Psicología Clínica	10
Cirugía Pediátrica	7	Medicina Preventiva	10
Cirugía Plástica y Reparadora	8	Asistencia Médica en viaje en el extranjero	10
Cirugía Torácica	8	Gastos médicos, farmacéuticos o de Hospitalización en el extranjero	10
Dermatología y Venerología	8	Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero	10
Endocrinología y Nutrición	8	Traslado sanitario o repatriación médica	11
Geriatría	8	Envío de un especialista	11
Ginecología y Obstetricia	8	Envío de medicamentos	11
Hematología y Hemoterapia	8	Consulta o asesoramiento médico a distancia	11
Medicina Interna	8	Trámites administrativos para hospitalización	11
Nefrología	8	Gastos de regreso de acompañantes	11
Neumología	8	Retorno de menores	11
Neurocirugía	8	Regreso anticipado	11
Neurología	8	Traslado o repatriación de restos mortales	12
Oftalmología	8	Acompañante de restos mortales	12
Oncología Médica y Radioterápica	8	Gastos de estancia del acompañante de restos mortales	12
Otorrinolaringología	8	Retorno de acompañantes del fallecido	12
Psiquiatría	8	Fianzas y gastos procesales	12
Reumatología	9	Servicio de información al viajero	12
Cirugía Ortopédica y Traumatología	9	Servicio de información asistencial	12
Urología	9	Transmisión de mensajes urgentes	12
Medios complementarios de diagnóstico	9	Envío de objetos olvidados durante el viaje	12
Análisis Clínicos	9	Gastos de regreso por alta hospitalaria	12
		Exclusiones	12

Límites de las garantías	13
Ámbito territorial	13
Tramitación de siniestros	13
PERIODOS DE CARENCIA	14
EXCLUSIONES	14
EL CONTRATO DE SEGURO	15
Documentación y Formalización del Contrato de Seguro y Deber de Información	15
Condiciones de Inclusión en el seguro	16
Duración del contrato	16
Subrogación	16
Prescripción	16
Comunicaciones	16
DEBERES Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	17
Primas	17
Colaboración en la tramitación	17
Impuestos y Recargos	17
OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	18
Prestación de la cobertura	18
Información al Tomador del Seguro	18
Protección de datos de carácter personal	19
RECLAMACIONES	19
ACEPTACIÓN EXPRESA. CONSTANCIA DE RECIBO DE INFORMACIÓN	19

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA AMBULATORIA

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 309, 2140 Amberes, entidad sometida a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica, estando igualmente sometida a dicho regulador, como entidad aseguradora que opera en España en régimen de derecho de establecimiento, en materia relativa a liquidación.

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 Ambulatoria, 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.
- › **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 y/o terapéutica en régimen ambulatorio que se presta en el Centro Sanitario, y/o en un hospital.
- › **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.

- › **Carencia.** Periodo de tiempo contado desde la fecha de inicio de la cobertura de la Póliza, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas.
- › **Centro Sanitario o Centro Médico.** Instalación dotada de medios técnicos en la que especialistas y profesionales sanitarios capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan actividades sanitarias. Los Centros Sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial.

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

- › **Chequeo.** Aquellas pruebas o consultas médicas que se aplican encaminados a conocer el estado de salud general del individuo.
- › **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 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.
- › **Honorarios médicos.** Importe correspondiente a los servicios profesionales prestados por especialistas y profesionales sanitarios.

A los efectos de esta póliza, los honorarios médicos, incluyen los del médico especialista y los del personal sanitario que preste la asistencia sanitaria.

- › **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.
- › **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.
- › **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).
- › **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.
- › **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

Se cubren única y exclusivamente las consultas y pruebas diagnósticas o tratamientos en régimen ambulatorio, definidos en las siguientes especialidades:

2.1 Asistencia médica primaria.

Se cubre la consulta de medicina general y de pediatría para pacientes hasta 16 años de edad, en Centro Sanitario.

2.2 Enfermería o Servicios de enfermería.

Se garantiza la Asistencia prestada por un titulado en enfermería, en consulta/centro médico, **previa prescripción médica.**

2.3 Especialidades.

Se cubren, tanto en centro médico como en hospital, en régimen ambulatorio, exclusivamente las consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos definidos en los siguientes puntos y realizados según las coberturas contratadas, en las siguientes especialidades.

2.3.1 Alergología e Inmunología.

Sólo está cubierta la consulta y las pruebas cutáneas realizadas en consulta con el especialista. **No se incluyen las vacunas ni los tests de intolerancias alimentarias ni similares, ni las pruebas de provocación alimentaria ni pruebas de provocación farmacológicas.**

2.3.2 Anestesiología y Reanimación.

Se incluye la consulta preoperatoria y la consulta de tratamiento del dolor.

Se excluyen los tratamientos del dolor.

2.3.3 Angiología y cirugía Vascolar.

Se incluye la consulta y el eco-doppler.

Se excluyen los tratamientos con finalidad estética.

2.3.4 Aparato Digestivo.

Se incluye la consulta y el Fibroscan para valorar la fibrosis hepática.

Se excluyen las endoscopias digestivas, eco-endoscopias, las endoscopias mediante cápsula y la endoscopia virtual.

2.3.5 Cardiología.

Se incluye la consulta, los ecocardiogramas transtorácicos, el monitor holter portátil de 24 horas y el eco-doppler.

Se excluye el ecocardiograma transesofágico.

2.3.6 Cirugía Cardiovascular.

Se incluye la consulta y el ecocardiograma transtorácico.

Se excluye el ecocardiograma transesofágico.

2.3.7 Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Se incluye la consulta.

Se excluyen las endoscopias digestivas, ecoendoscopias, las endoscopias mediante cápsula y la endoscopia virtual.

2.3.8 Cirugía Oral y Maxilofacial.

Se incluye la consulta.

Se excluye la ortopantomografía.

2.3.9 Cirugía Pediátrica.

Se incluye la consulta.

2.3.10 Cirugía Plástica y Reparadora.

Se incluye la consulta.

2.3.11 Cirugía Torácica.

Se incluye la consulta.

2.3.12 Dermatología y Venerología.

Se incluye la consulta y **una dermatoscopia digital (epiluminiscencia) por asegurado y año, de acuerdo con los límites establecidos en póliza**, 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. Se excluye cualquier acto terapéutico realizado en consulta.

2.3.13 Endocrinología y Nutrición.

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

2.3.14 Geriátrica.

Se incluye la consulta.

2.3.15 Ginecología y Obstetricia.

Se incluye la consulta, la ecografía ginecológica, el eco-doppler ginecológico, la toma de muestra para citología, la implantación y retirada exclusivamente en consulta del método anticonceptivo DIU, las monitorizaciones y el triple screening en embarazo.

Se incluye el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.

Se excluyen los estudios genéticos para el diagnóstico de infertilidad y esterilidad. Se excluyen las pruebas relacionadas con el tratamiento destinado a solucionar problemas de esterilidad y las pruebas relacionadas con dicho tratamiento.

Se incluyen las siguientes Pruebas ginecológicas

- › Test Amnisure para la detección de rotura prematura de membranas.
- › Una (1) ecografía 3D o 4D por embarazo.

- › 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).

2.3.16 Hematología y Hemoterapia.

Se incluye la consulta.

2.3.17 Medicina Interna.

Se incluye la consulta.

2.3.18 Nefrología.

Se incluye la consulta.

2.3.19 Neumología.

Se incluyen las consultas y las espirometrías. **Se excluyen las bronoscopias y ecobronoscopias.**

2.3.20 Neurocirugía.

Se incluye la consulta.

2.3.21 Neurología.

Se incluye la consulta.

2.3.22 Oftalmología.

Se incluye la consulta, las técnicas de fotocoagulación, las campimetrías, las angiofluoresceingrafías y las retinografías.

2.3.23. Oncología Médica y Radioterápica.

Se incluye la consulta.

Se excluye la Radioterapia.

2.3.24 Otorrinolaringología.

Se incluye la consulta, la fibrorinolaringoscopia y las pruebas vestibulares.

2.3.25 Psiquiatría.

Se incluye la consulta.

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.

2.3.26 Reumatología.

Se incluye la consulta.

2.3.27 Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Se incluye la consulta.

2.3.28 Urología.

Se incluye consulta, los estudios urodinámicos, las flujometrias y la ecografía.

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. Medios complementarios de diagnóstico.

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

2.4.1 Análisis Clínicos.

Se incluye bioquímica, hematología, microbiología, marcadores tumorales y hormonas.

Se excluyen los test de intolerancia alimentaria así como las determinaciones genéticas.

2.4.2 Anatomía Patológica.

Se incluye exclusivamente la citopatología.

2.4.3 Neurofisiología Clínica.

Se incluyen los electroencefalogramas, los electromiogramas y los potenciales evocados.

2.4.4 Medicina Nuclear.

Se incluye la gammagrafía ósea y tiroidea y el rastreo gammagráfico con I-131.

2.4.5 Radiodiagnóstico.

Se cubren las **técnicas habituales como:**

- a) Radiología general.
- b) Ecografía convencional.
- c) Densitometría ósea.
- d) T.A.C. (tomografía axial computerizada). **Se excluye angio TAC coronario.**
- e) RMN (Resonancia Magnética Nuclear) convencional según límites establecidos en la póliza. **Se excluye la**

resonancia magnética multiparamétrica, así como la sedación para la realización de cualquier estudio de resonancia magnética.

f) Mamografía.

g) Una (1) ecografía de alta resolución por embarazo (3D/4D).

2.5 Tratamientos especiales.

a) Fisioterapia y Rehabilitación. Se cubren los tratamientos de rehabilitación para patologías agudas y/o crónicas reagudizadas, la rehabilitación respiratoria en procesos agudos y la rehabilitación de suelo pélvico, en régimen ambulatorio 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.

b) Foniatría y Logopedia. Se cubren las sesiones realizadas por fonoatra 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.**

2.6 Cobertura de la maternidad y Recién Nacidos.

Esta prestación cubre las consultas y pruebas diagnósticas detalladas en apartado 2.2.15 y realizadas en consulta derivadas del seguimiento del embarazo.

2.6.1 Tocología.

Se incluye la consulta, la ecografía obstétrica, el eco-doppler obstétrico y la ecografía de alta resolución semana 20 de gestación.

2.6.2 Preparación al parto.

Cursos de preparación al parto, de acuerdo con los límites establecidos en la Póliza.

2.7 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.

2.8 Otros Servicios Asistenciales.

2.8.1 Podología.

Se incluyen las consultas y los tratamientos podológicos de uña incarnata y del papiloma, con los límites establecidos en la póliza.

2.8.2 Orientación Médica telefónica Cigna 24H.

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

2.8.3 Psicología Clínica.

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

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.

Se incluye hasta un máximo de 10 sesiones por Asegurado y año prestadas por un psicólogo de los Servicios Concertados, previa prescripción por un Psiquiatra o Neurólogo (o pediatra, si el asegurado es menor de 16 años). Pudiendo ampliarse hasta 20 sesiones por Asegurado y año para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria.

2.8.4 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) Cardiología. Incluye la consulta y los ecocardiogramas transtorácicos, el monitor holter portátil de 24 horas y el eco-doppler.

b) Ginecología. Se cubre una revisión anual ginecológica para el diagnóstico precoz de Enfermedades de mama y de cuello uterino. Incluye la consulta, la ecografía ginecológica y la toma de muestra para citología.

c) Pediatría. Se incluyen consultas periódicas y del desarrollo infantil, así como exámenes de salud del Recién Nacido siempre que no sean bajo ingreso hospitalario.

2.8.5 Asistencia Médica en viaje en el extranjero.

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

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

ESTIPULACIÓN PRIMERA: GARANTÍAS CUBIERTAS

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

El Asegurador toma a su cargo los gastos y honorarios médicos por Consultas o tratamientos al Asegurado, incluso los quirúrgicos y farmacéuticos, en caso de Enfermedad o Accidente cubierto por la Póliza, siempre y cuando se haya solicitado la previa conformidad según lo dispuesto en los trámites a seguir en caso de Siniestro (Estipulación QUINTA).

De determinarse por el Médico del Asegurador, o de la reaseguradora que en su caso cubra esta prestación, de común acuerdo con el que estuviera atendiendo al Asegurado, la necesidad de que éste sea hospitalizado, el Asegurador se hará cargo de los gastos de traslado hasta el Hospital, su estancia en el mismo y los servicios sanitarios necesarios para la curación del Asegurado, incluidos los gastos farmacéuticos hasta el límite de 20.000 euros por Siniestro y Asegurado.

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

En el supuesto de viaje al extranjero, el Asegurador se hará cargo de los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, rotura de piezas, caída de empastes, etc. que requieran un tratamiento de urgencia, con un

límite 300 euros por Siniestro y Asegurado.

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

El Asegurador procederá al traslado, con atención médico-sanitaria si fuera necesario, del Asegurado que hubiera sufrido un Accidente o Enfermedad Grave, que exija cuidados vitales, y siempre que así lo decidan los servicios médicos del Asegurador en colaboración con el Médico que trate al Asegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un Hospital en España.

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

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

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

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

› **Garantía quinta: envío de medicamentos**

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

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

Si el Asegurado precisara durante el viaje una información de carácter médico que no le fuera posible obtener localmente, podrá solicitar la misma telefónicamente al Asegurador, el cual la proporcionará a través de sus centrales de asistencia, sin asumir ninguna

responsabilidad por la citada información, habida cuenta de la imposibilidad de diagnóstico telefónico.

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

El Asegurador colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el Hospital, previa solicitud a la central de asistencia.

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

En el caso de que el Asegurado fuera hospitalizado o trasladado, a causa de Accidente o Enfermedad Grave cubierto por la Póliza, y viajara con su cónyuge o pareja de hecho o familiares directos en primer grado, y estos no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieran utilizando, el Asegurador organizará y tomará a su cargo el traslado a su lugar de origen o al de destino, a elección de los acompañantes, en un medio de transporte público y colectivo, siempre que el coste del traslado al destino no supere el de retorno al domicilio.

› **Garantía novena: retorno de menores**

Si el Asegurado viajara en compañía de hijos menores de 18 años y quedasen sin Asistencia Sanitaria por causa de Accidente, Enfermedad o traslado de aquel cubierto por la Póliza, no pudiendo continuar el viaje, el Asegurador organizará y tomará a cargo su regreso al domicilio familiar en España, satisfaciendo los gastos de viaje de un familiar o amigo designado por el Asegurado para que los acompañe en su regreso si fuera necesario.

Si el Asegurado no pudiera designar a nadie, el Asegurador proporcionará un acompañante.

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

› **Garantía décima: regreso anticipado**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El Asegurador anticipará al Asegurado, previa garantía formal de proceder a la devolución de las cantidades que le sean prestadas en el plazo de sesenta (60) días, el importe correspondiente a los gastos de defensa jurídica del mismo, 601,01 euros, así como el de las fianzas penales que éste se viera obligado a constituir como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo de un Accidente de automóvil acaecido fuera del país de residencia y/o domicilio habitual del Asegurado, hasta un máximo de 6.010,12 euros.

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

El Asegurador facilitará telefónicamente información básica al Asegurado sobre expedición de pasaportes, visados requeridos, vacunaciones recomendadas u obligatorias, cambios de moneda, consulados y

embajadas españolas en el mundo y, en general, datos informativos de utilidad al viajero; previamente al inicio de un viaje o durante el mismo.

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

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

› **Garantía decimooctava: transmisión de mensajes urgentes**

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

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

En caso de que el Asegurado hubiera olvidado durante su viaje equipaje u objetos personales, el Asegurador organizará y asumirá el envío de los mismos hasta su domicilio en España, con un máximo de 120,20 euros. Esta garantía se extiende también a aquellos objetos que le hubieran sido robados durante el viaje y recuperados posteriormente.

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

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

ESTIPULACIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES

A) EXCLUSIONES APLICABLES A LAS GARANTÍAS EN CASO DE LESIÓN O ENFERMEDAD

Quedan excluidos de la Póliza:

- a) **Las Enfermedades Preexistentes y/o Congénitas, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico, previas al inicio del viaje al extranjero.**
- b) **Los exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de Medicina Preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.**

- c) Los viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico.
- d) El diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos.
- e) El suicidio, intento de suicidio o auto lesiones del Asegurado.
- f) El consumo de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hubieran sido prescritos por un Médico.
- g) El tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de Enfermedades mentales o nerviosas.
- h) Las enfermedades de transmisión sexual y sus Enfermedades derivadas.
- i) La adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de Prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.
- j) Los tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia.
- k) Los tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.
- l) Cualquier gasto médico incurrido en España, aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.

B) EXCLUSIONES APLICABLES A LAS GARANTÍAS EN CASO DE FALLECIMIENTO

Quedan excluidos de la Póliza:

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

C) EXCLUSIONES APLICABLES CON CARÁCTER GENERAL PARA TODAS LAS GARANTÍAS

Quedan excluidos de la Póliza:

- a) Las prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al Asegurador y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.
- b) La práctica como profesional de cualquier deporte, y

como aficionado de deportes de invierno, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.

- c) Los viajes de duración igual o superior a 90 días consecutivos.
- d) La intervención de cualquier Organismo Oficial de Socorro de urgencia o el coste de sus servicios.
- e) El rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.
- f) Los actos fraudulentos del Tomador del Seguro, del Asegurado, del Beneficiario o de familiares de los mismos.
- g) Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.
- h) Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.

ESTIPULACIÓN TERCERA: LÍMITES DE LAS GARANTÍAS

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

ESTIPULACIÓN CUARTA: ÁMBITO TERRITORIAL

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

ESTIPULACIÓN QUINTA: TRAMITACIÓN DE SINIESTROS (ASISTENCIA EN VIAJE)

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

ARTÍCULO 3º PERIODOS DE CARENCIA

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

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

3.1 Neurofisiología Clínica.

Las siguientes pruebas: electroencefalogramas, electromiogramas y potenciales evocados, tienen un **Periodo de Carencia de tres (3) meses** contados desde la fecha de inicio del período de cobertura.

3.2 Medicina Nuclear.

Las siguientes pruebas: gammagrafía ósea y tiroidea y rastreo gammagráfico con I-131, tienen un **Periodo de Carencia de tres (3) meses** contados desde la fecha de inicio del período de cobertura.

3.3 Radiodiagnóstico.

Las siguientes pruebas: TAC convencional (tomografía axial computarizada), RMN (resonancia magnética nuclear) y ecografía de alta resolución por embarazo, tienen un **Periodo de Carencia de tres (3) meses** contados desde la fecha de inicio del período de cobertura.

Los restantes medios diagnósticos (radiología general, densitometría, ecografía y mamografía) no tienen periodo de carencia.

3.4 Pruebas cardiológicas.

La siguiente prueba: monitor holter portátil de 24 horas, tiene un **Periodo de Carencia de tres (3) meses** contados desde la fecha de inicio del período de cobertura.

Los restantes medios diagnósticos (ecocardiograma y ecodoppler) no tienen periodo de carencia.

3.5 Preparación al parto.

Tiene un periodo de Carencia de tres (3) meses.

3.6 Fisioterapia y rehabilitación.

Tiene un periodo de Carencia de tres (3) meses.

3.7 Foniatría y logopedia.

Tiene un periodo de Carencia de tres (3) meses.

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) **La Asistencia Sanitaria realizada en urgencias hospitalarias, urgencias ambulatorias y en domicilio.**
- b) **Cualquier tipo de asistencia sanitaria que requiera Hospitalización y/o Hospitalización de día y/o régimen ambulatorio y/o quirófano, excepto las detalladas en cada una de las especialidades. Se excluyen las interconsultas realizadas por especialista en pacientes ingresados.**
- c) **Cualquier tipo de cirugía, acto terapéutico o asistencia sanitaria derivada de una cirugía, así como el contenido de dichas cirugías o tratamientos (ejemplo: prótesis, implantes, materiales, medicaciones, material de ortopedia, etc).**
- d) **Los gastos de cualquier transporte sanitario así como el traslado.**
- e) **El estudio diagnóstico y el tratamiento de la impotencia sexual.**
- f) **Asistencia Sanitaria prestada en centros de la Sanidad Pública o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las Comunidades Autónomas, que no estén concertados con el Asegurador.**
- g) **Las vacunas de todo tipo.**
- h) **Cualquier tratamiento de fertilidad y esterilidad.**
- i) **Los daños o siniestros que, por su magnitud y gravedad, sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.**
- j) **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.**
- k) **Los fenómenos de la naturaleza tales como inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos.**
- l) **Los derivados de la energía nuclear.**
- m) **Las epidemias oficialmente declaradas.**
- n) **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.

- o) Las relativas a toda clase de Enfermedades Congénitas.
- p) Los exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita, tratamiento o prueba que tenga carácter de Medicina Preventiva (salvo los citados en el Artículo 2.9.4).
- q) 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.
- r) 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.
- s) Las pruebas genéticas distintas de las que expresamente se citan en las especialidades.
- t) Los productos farmacéuticos salvo los específicamente cubiertos por la Póliza. Las vacunas de todo tipo.
- u) 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 (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.
- v) La tentativa de suicidio o de mutilación voluntaria y los Accidentes causados intencionadamente por el Asegurado.
- w) Cualquier tratamiento necesario para prepararse o recuperarse de intervenciones de cambio de sexo (por ejemplo, asesoramiento psicológico) incluyendo las complicaciones como resultado de dicho tratamiento.
- x) 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.
- y) 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.

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 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 la Aseguradora 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, todas las circunstancias 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 Asegurado.

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 de 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 del Asegurador señalado en la Póliza, o sus oficinas delegadas, o a cualquier 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 y/o dirección de correo electrónico u otro medio telemático, cuando ello sea compatible con el contenido y formato de la comunicación.

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

Sin embargo, las comunicaciones efectuadas por el Tomador o el Asegurado al corredor de seguros o correduría no se entienden realizadas al Asegurador hasta que sean recibidas por éste.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro o Asegurado a un agente de seguros del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste. El Tomador del Seguro y/o el Asegurado autorizan al Asegurador para que, si éste lo considera necesario, pueda grabar las conversaciones telefónicas que mantengan en relación con la presente Póliza y utilizarlas en sus procesos de calidad y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes, preservando en todo caso la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

Tienen idénticos efectos que las comunicaciones recibidas las realizadas por escrito que hayan sido rehusadas, las certificadas

no recogidas en la Oficina de Correos y las que no lleguen a su destino por haber cambiado el domicilio sin haberlo notificado de forma fehaciente al Asegurador.

ARTÍCULO 6º DEBERES Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

6.1 Primas.

El Tomador del Seguro pagará al Asegurador la Prima en la forma y fechas especificadas en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Si se pacta el pago fraccionado de la Prima anual, el Tomador del Seguro estará obligado al pago del primer plazo en el momento de la perfección del contrato. Las Primas sucesivas deberán hacerse efectivas en sus correspondientes vencimientos. El fraccionamiento de pago de la Prima no libera al Tomador del Seguro de la obligación de abonar la totalidad de la Prima.

Si por culpa del Tomador del Seguro la primera Prima no ha sido pagada, o la Prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. Si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el Siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las Primas siguientes, o de cualquiera de sus fracciones si se ha pactado el pago fraccionado de la Prima, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la Prima se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la Prima del período en curso correspondiéndole la fracción de prima del tiempo que haya estado suspendida la cobertura.

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

El Asegurador podrá modificar anualmente las Primas fundamentándose en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial del seguro de los siguientes conceptos: el incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, el aumento de la siniestralidad, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato, u otros hechos de consecuencias similares.

El Tomador del Seguro, podrá optar entre la prórroga del

contrato de seguro con las nuevas Primas establecidas por el Asegurador para la siguiente anualidad, o su extinción al vencimiento de la anualidad en curso. En este caso deberá notificar al Asegurador con un mínimo de dos meses 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 309, 2140 Amberes, entidad sometida a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica, estando igualmente sometida a dicha regulador, como entidad aseguradora que opera en España en régimen de derecho de establecimiento, en material relativa a liquidación.
- c) **Cuando el contrato se haya celebrado utilizando una técnica de contratación a distancia**, 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, cuando el contrato se haya celebrado utilizando una técnica de contratación a distancia, 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, 1º

Dcha., 28001 de Madrid, o en la dirección de correo electrónico: reclamaciones@da-defensor.org.

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

- iii. Una vez agotada la vía interna del Asegurador referida en el apartado anterior, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros. 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.

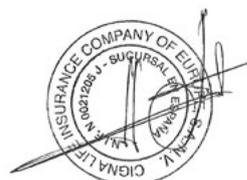
Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado en España, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

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.



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

www.cigna.es