Cigna Global Health Options

Normas De La Póliza

Términos, exclusiones generales y definiciones relacionadas con su plan

CONTENIDO

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

Las palabras y frases en *cursiva* tienen el significado que se les da en la Sección 3, "Definiciones".

A continuación puede ver dónde encontrar toda la información importante relativa a *su* plan de Cigna Global Health Options.

Información legal y reguladora — Página 3

Quejas — Página 3

Cómo contactar con nosotros — Página 3

Sección 1: Términos y condiciones generales — Página 4

1. Alcance de la cobertura y elegibilidad para la póliza 4
2. Inicio y fin de la cobertura 4
3. La información que nos proporciona 5
4. Periodo de prueba gratuito 5
5. Primas y otros cargos 5
6. Rescisión 6
7. Fraude 7
8. Opciones de cobertura 7
9. Franquicia y coste compartido 8
10. Añadir o eliminar beneficiarios 8
11. Cambios en el país de residencia habitual, la dirección y/o la nacionalidad 9
12. Cómo nos comunicaremos con usted 10
13. Renovación de la póliza 10
14. Protección de datos 11
15. ¿Quién puede hacer cumplir esta póliza? 11
16. Nuestro derecho de cobro de terceros 11
17. Otro seguro 11
18. Cambios a esta póliza 11
19. Sanciones 11
20. Pandemias, epidemias y enfermedades infecciosas 12

Sección 2: Exclusiones generales — Página 13

Sección 3: Definiciones — Página 17

INFORMACIÓN LEGAL Y REGULADORA

Este seguro lo provee:

Cigna Global Insurance Company Limited
PO Box 155, Mill Court,
La Charroterie, St Peter Port,
Guernsey GY1 4ET
Channel Islands

Cigna Global Insurance Company Limited está autorizada y regulada en Guernsey por la Comisión de Servicios Financieros de Guernsey para el ejercicio de la actividad aseguradora.

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

QUEJAS

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

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

The Channel Islands Financial Ombudsman (CIFO)
PO Box 114, Jersey, Channel Islands
JE4 9QG

Teléfono: **+44 (0)1534 748610**
Fax: **+44 (0) 1534 747629**
Email: **complaints@ci-fo.org**

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

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

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

CÓMO CONTACTAR CON NOSOTROS

Para cancelar esta *póliza* envíenos un email a: **cignaglobal_customer.care@cigna.com.**

Para obtener todos los detalles consulte la cláusula 6.5 de estas *Normas de la póliza*. Deberá facilitar su número de *póliza*, nombre completo y la dirección de correo electrónico utilizada en el formulario de *solicitud*.

También puede escribirnos a la siguiente dirección:

Cigna Global Health Options
Customer Care Team
1 Knowe Road, Greenock
Scotland PA15 4RJ

En otros casos nos puede llamar al Equipo de atención al cliente 24 horas al día, 7 días a la semana al:
+44 (0) 1475 788 182 o desde los EE. UU. al **800 835 7677.**

SECCIÓN 1: TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES

1. Alcance de la cobertura y elegibilidad para la póliza

1.1
Esta *póliza* solo se ofrece a los *beneficiarios* que sean *expatriados*. Por tanto, la *póliza* solo cubrirá los costes del *tratamiento* en el *país de nacionalidad del beneficiario* en aquellas circunstancias en las que el *beneficiario* sea residente de su *país de nacionalidad* de manera temporal. Tales circunstancias no pueden exceder los ciento ochenta (180) días en total por *periodo de cobertura* y el *país de nacionalidad* debe encontrarse en el *área de cobertura seleccionada* (consulte la cláusula 11 para ampliar la información).

1.2
Sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones (y exclusiones especiales según se detalle en *su Certificado de seguro*, si corresponde) de esta *póliza*, *Cigna* cubrirá *sus* gastos médicos y relacionados relativos a un *tratamiento médicamente necesario* recomendado por un *médico* y prestado dentro del *área de cobertura seleccionado* para *lesiones* y enfermedades. El *tratamiento* debe tener lugar en el *periodo de cobertura* y se pueden aplicar franquicias, costes compartidos y límites de cobertura. En algunas circunstancias podemos, a nuestra total discreción, acceder a retirar una exclusión si *usted* paga una prima adicional. Eso se acordará en el momento en el que contrate *su póliza*.

1.3
Usted debe tener dieciocho (18) años o más en el momento de la adquisición para adquirir esta *póliza*.

1.4
Si se producen cambios entre *su solicitud* y la *fecha de entrada en vigor inicial* de *su póliza* y cualquier información que nos haya proporcionado en *su solicitud* cambia durante este periodo, nos lo debe comunicar. *Nos* reservamos el derecho de cancelar la *póliza* o aplicar primas adicionales o exclusiones como resultado de cualquier cambio en *su* estado de salud que se nos haya notificado antes de la *fecha de entrada en vigor inicial* de la *póliza*. Si *usted* no nos informa de cualquier cambio en *su* estado de salud durante este periodo, podemos considerarlo como una distorsión, lo cual podría afectar a la cobertura de *su póliza* o a los pagos de las solicitudes de reembolso.

1.5
Esta *póliza* no cubrirá ningún coste relacionado con el *tratamiento* recibido antes de que la cobertura entre en vigor o después de terminar la cobertura (incluso si aprobamos ese *tratamiento* antes de que la cobertura finalice).

2. Inicio y fin de la cobertura

2.1
Esta *póliza* es un contrato anual. Eso significa que, salvo que se rescinda anticipadamente, la cobertura finalizará un (1) año después de la *fecha de entrada en vigor*.

2.2
Si esta *póliza* finaliza antes de la *fecha de finalización* normal, cualquier prima que se haya pagado en relación con el período después de que la cobertura haya finalizado se reembolsará de modo proporcional, siempre que no se hayan realizado o se vayan a presentar solicitudes de reembolso y no se hayan presentado *garantías de pago* durante el *período de cobertura*.

Si la *póliza* termina antes de la fecha de finalización normal y usted ha realizado solicitudes de reembolso o ha recibido tratamientos aún no reembolsados, *usted* será responsable de cualquier prima restante que no se haya pagado en relación con la *póliza*.

2.3
Si *usted* fallece, finalizará la cobertura para todos los *beneficiarios* a menos que un *beneficiario* contacte con nosotros en un plazo de treinta (30) días desde la fecha del fallecimiento según se recoja en el certificado de defunción. Si alguno de los *beneficiarios* deseara

continuar con la cobertura pasando a ser el *tomador del seguro*, sujeto a los términos de nuestra *póliza*, deberá informarnos en un plazo de treinta (30) días y deberá proporcionarnos una copia del certificado de defunción. Si un *beneficiario* deseara continuar con la cobertura como *tomador del seguro*, toda la cobertura se dará por finalizada y no realizaremos ningún pago en relación con el *tratamiento* o servicios que se hayan recibido o se vayan a recibir después de la *fecha de finalización* de la *póliza*.

3. La información que nos proporciona

Al decidir si aceptamos esta *póliza* y al establecer los términos y la prima, nos hemos basado en la información que nos ha proporcionado. Debe tener cuidado al responder cualquier pregunta que le hagamos, asegurándose de que toda la información sea precisa y completa.

Si determinamos, en base a motivos razonables, que nos ha proporcionado deliberadamente o por imprudencia información falsa o engañosa, ello podría afectar negativamente a esta *póliza* y cualquier *solicitud* de reembolso. Por ejemplo, podríamos:

- tratar esta *póliza* como si nunca hubiera existido, negarnos a pagar cualquier *solicitud* de reembolso y devolver las primas pagadas. Solo lo haremos si le hemos proporcionado una cobertura de seguro que de lo contrario no habríamos ofrecido;

- modificar los términos de su seguro. Podemos aplicar estos términos modificados como si ya estuvieran en vigor si una *solicitud* de reembolso se ha visto afectada negativamente por su negligencia; o

- proceder a la rescisión de acuerdo con la cláusula 6.2.

Le notificaremos por escrito si se diera cualquiera de las circunstancias anteriores.

Si se da cuenta de que la información que nos ha proporcionado es incorrecta, debe informarnos cuanto antes utilizando una de las opciones en la sección "Cómo contactar con nosotros" en la página 3 de estas *Normas de la póliza*.

4. Periodo de prueba gratuito

Tiene un derecho legal a cancelar su *póliza* en un plazo de catorce (14) días desde la fecha en que reciba esta *póliza*. Si usted desea cancelar esta *póliza* y *nosotros* no hemos pagado una *solicitud* de reembolso o presentado una *garantía de pago*, recibirá un reembolso completo de su prima. En cambio, si hemos pagado una *solicitud* de reembolso o emitido una *garantía de pago*, no le reembolsaremos ninguna prima que ya se haya pagado. Para cancelar esta *póliza* contacte con *nosotros* utilizando una de las opciones de la sección "Cómo contactar con nosotros" en la página 3 de estas *Normas de la póliza*.

Si *usted* no ejerce su derecho a cancelar la *póliza*, esta seguirá en vigor y deberá pagarnos cualquier prima que nos deba.

Para conocer sus derechos de cancelación una vez transcurrido el periodo legal de reflexión de catorce (14) días, consulte la cláusula 6 de esta *póliza*.

5. Primas y otros cargos

5.1

Su *Certificado de seguro* establece la prima y cualquier otro cargo (como impuestos) que pueda pagarse, y establece cuándo y cómo debe pagarse.

Los pagos deben efectuarse en la divisa y la forma detallada en su *Certificado de seguro*.

5.2

Si *usted*, o cualquier *beneficiario*, no solicita un acuerdo previo para el *tratamiento* o recibe *tratamiento* en *EE. UU.* en un *hospital*, *clínica* o con un *médico* que no sean parte de la red de *Cigna*, es posible que no paguemos todo su *tratamiento*. Consulte "Su Guía para recibir *tratamiento*" en la página 10 de la *Guía del cliente* para obtener detalles sobre cómo calcularemos cualquier reducción en el valor de su *solicitud* de reembolso. Hay una lista de la red de *hospitales*, *clínicas* y *médicos* de *Cigna* disponible en su Área del cliente segura online.

Tenga en cuenta que, a *nuestra* entera discreción y sin notificación, *podemos* realizar cambios en la red de *Cigna* de vez en cuando añadiendo

y/o eliminando *hospitales*, *clínicas*, *médicos* y farmacias.

5.3
Si *usted* no paga la prima y/u otros cargos cuando debe, se lo notificaremos por correo electrónico inmediatamente y suspenderemos su *póliza*, es decir, se suspenderá la cobertura para todos los *beneficiarios*. Si el pago se efectúa, la *póliza* se restablecerá. No aprobaremos ningún *tratamiento* mientras la *póliza* esté suspendida. No liquidaremos ninguna *solicitud* mientras haya un pago pendiente hasta que dicha cantidad pendiente se pague.

Si después de treinta (30) días el pago sigue pendiente, le escribiremos informándole de que la *póliza* ha sido cancelada. La fecha de cancelación será efectiva en la fecha en que se tenía que abonar el primer pago pendiente.

Si paga la cantidad pendiente en los treinta (30) días posteriores a la fecha en que tenía que abonarse el primer pago pendiente, restableceremos su cobertura desde esa fecha.

5.4
Sujeto a la cláusula 13, le informaremos sobre la prima y otros cargos que sean de aplicación durante el siguiente *periodo de cobertura*.

La prima y/o los otros cargos cambiarán para cada *periodo de cobertura*.

6. Rescisión

6.1
Sujeto a cualquier requisito legal o normativo contradictorio, rescindiremos esta *póliza* inmediatamente para todos los *beneficiarios* si:

6.1.1
alguna prima u otro cargo (incluido cualquier impuesto pertinente) no se paga por completo en los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento de este. Si vamos a rescindir la *póliza* por este motivo, se lo comunicaremos por escrito;

6.1.2
resulta ilícito que proporcionemos cualquier cobertura disponible conforme a esta *póliza* o debemos rescindir la *póliza* en cualquier jurisdicción o territorio en particular por órdenes de una autoridad u organismo regulador competente; o

6.1.3
se identifica a cualquier *beneficiario* en cualquier lista de sanciones financieras a personas o entidades mantenidas por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, la Unión Europea, la Oficina de Control de Bienes Extranjeros de Estados Unidos o cualquier otra jurisdicción aplicable. Además, no abonaremos ninguna solicitud de reembolso por servicios relacionados con países sancionados si haciéndolo podríamos violar los requisitos del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, la Unión Europea o la Oficina de Control de Bienes Extranjeros del Departamento de Tesorería de Estados Unidos.

6.2
Sujeto a la cláusula 3, rescindiremos esta *póliza* con efecto inmediato si, a *nuestra* entera discreción, determinamos, con motivos razonables, que *usted*, al solicitar la *póliza* o al realizar alguna *solicitud* bajo esta, ha ocultado información o proporcionado consciente o imprudentemente información que sabe o cree que es falsa o inexacta o no ha facilitado información que le hayamos solicitado, incluyendo información médica.

6.3
Sujeto a la cláusula 11, podemos rescindir esta *póliza* si cualquier *beneficiario* deja de ser un *expatriado* como resultado de un cambio en el *país de nacionalidad o de residencia habitual del beneficiario*.

6.4
Si dejamos de comercializar la *póliza* o una alternativa adecuada en *su* área geográfica, le notificaremos con al menos un (1) mes de antelación a la *fecha de finalización* comunicándole que la *póliza* se rescindirá (y por tanto no podrá renovarse) con efecto desde la *fecha de finalización*.

6.5
Si desea rescindir esta *póliza* y finalizar la cobertura para todos sus *beneficiarios*, podrá hacerlo en cualquier momento cursándonos

aviso por escrito con una antelación de, al menos, catorce (14) días. La resolución de *su póliza* desplegará sus efectos catorce (14) días después de que *usted*, el *tomador del seguro*, *nos* notifique *su* solicitud empleando una de las opciones que encontrará en el apartado de contacto de la página 3 de estas *Normas de la Póliza*.

6.5.1
Si la *póliza* se rescinde de conformidad con la cláusula 6.5, antes de la *fecha de finalización*, y hemos pagado una *solicitud* de reembolso, cubierto un *tratamiento* o emitido una *garantía de pago* durante el *periodo de cobertura*, *usted* será responsable de cualquier prima restante que no se haya pagado en relación con la *póliza*. Si *su* prima anual se cobra a intervalos a lo largo del año de la *póliza*, *usted* será responsable de realizar estos pagos para el resto del *periodo de cobertura* o, alternativamente, liquidar la cantidad pendiente de la prima.

6.6
En relación con el periodo tras la finalización de *su* cobertura, a menos que *su póliza* se rescinda de conformidad con la cláusula 6.2 y/o cláusula 7, cualquier prima que se haya pagado en relación con el periodo posterior a la finalización de la cobertura será reembolsada en la medida en que no se relacione con un periodo de tiempo en el que hayamos proporcionado cobertura, siempre que no hayamos pagado ninguna *solicitud* de reembolso ni emitido ninguna *garantía de pago* durante el *periodo de cobertura*.

6.7
Si el *tratamiento* ha sido autorizado, *nosotros* no seremos responsables de los costes del *tratamiento* si la *póliza* finaliza o un *beneficiario* deja la *póliza* antes de que el *tratamiento* haya tenido lugar.

7. Fraude

7.1
Si un *beneficiario* presenta una *solicitud* de reembolso fraudulenta en virtud de esta *póliza*, nosotros:

i. no seremos responsables del pago de dicha *solicitud*;

ii. podemos pedir al *beneficiario* que devuelva las sumas pagadas por *nosotros* con respecto a la solicitud; y

iii. podemos notificar al *beneficiario* y tratar el contrato como si hubiera sido rescindido con efecto a partir del momento en el que se produzca el acto fraudulento.

7.2
Si ejercemos nuestro derecho en virtud de la cláusula 7.1 (iii) anterior:

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

ii. no estaremos obligados a devolver ninguna de las primas pagadas.

7.3
Si esta *póliza* proporciona cobertura para cualquier *beneficiario* que no sea usted y se presenta una *solicitud* de reembolso fraudulenta en virtud de esta *póliza* en nombre de un *beneficiario* distinto a usted, podemos ejercer el derecho establecido en la cláusula 7.1 anterior como si existiera un contrato de seguro individual entre *nosotros* y ese *beneficiario*. Sin embargo, el ejercicio de cualquiera de esos derechos no afectará a la cobertura proporcionada en virtud del contrato a cualquier otro *beneficiario*.

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

8. Opciones de cobertura

8.1
Si un *beneficiario* no tiene cobertura bajo las opciones de Asistencia ambulatoria internacional, Evacuación internacional y Crisis Assistance Plus™, Asistencia internacional de salud y bienestar o Visión y odontología internacional, no pagaremos ninguno de los

tratamientos que estén disponibles bajo estas opciones.

8.2
Las opciones de cobertura no pueden modificarse si usted lo solicita durante el *periodo de cobertura*, solo podrá hacerse en el momento de la renovación. Si desea añadir o eliminar opciones de cobertura, o reducir su franquicia, coste compartido o desembolso máximo, le podemos pedir que cumplimente un nuevo cuestionario de historial médico y podemos aplicar nuevas restricciones o exclusiones especiales a las nuevas opciones de cobertura. Debe comunicárnoslo por escrito al menos siete (7) días antes de la *fecha de renovación anual*.

9. Franquicia y coste compartido

9.1
Si ha seleccionado una franquicia en el plan Seguro médico internacional y/o la opción Asistencia ambulatoria internacional (si es aplicable), *usted* será responsable de pagar el importe de la franquicia directamente al *hospital*, *clínica, médico* o farmacia. Le haremos saber a cuánto asciende dicho importe.

Reduciremos el importe que le pagaremos del coste del *tratamiento* respecto a cada *solicitud* que esté presentada bajo el Seguro médico internacional o la opción Asistencia ambulatoria internacional (si es aplicable) en el importe de cualquier franquicia hasta que se alcance la franquicia para el *periodo de cobertura*.

9.2
Si *usted* ha seleccionado un coste compartido en el plan de Seguro médico internacional y/o la opción Asistencia ambulatoria internacional (si es aplicable), reduciremos el importe que le abonamos del coste del *tratamiento* en dicho porcentaje de coste compartido. *Usted* será responsable de efectuar el pago del coste compartido directamente al *hospital*, *clínica*, *médico* o farmacia. Los importes que usted pague están sujetos a la limitación del desembolso máximo aplicable.

9.3
Solo los importes que usted pague relacionados con el coste compartido del Seguro médico internacional y/o la opción de Asistencia ambulatoria internacional están sujetos a la limitación del desembolso máximo. Lo siguiente no está sujeto al desembolso máximo:

- Importes que *usted* pague debido a una franquicia;
- Importes que excedan los límites de cobertura;
- Importes por *tratamiento* no cubierto por el plan de Seguro médico internacional o la opción de Asistencia ambulatoria internacional; o
- Importes debido a penalizaciones por no obtener acuerdo previo o utilizar proveedores fuera de la red en *EE. UU.*

Todos los importes que pague respecto a la franquicia, coste compartido y desembolso máximo, se aplican de manera separada a cada *beneficiario*, cada opción de cobertura y cada *periodo de cobertura*.

9.4
No se aplica ninguna franquicia a “Prestaciones en efectivo para hospitalización” ni a “Prestaciones de atención para recién nacidos”.

10. Añadir o eliminar beneficiarios

10.1
Si desea añadir un nuevo *beneficiario* durante el año de vigencia de la *póliza*, debe mandarnos una *solicitud* completa para esa persona. La aceptación de cualquier nuevo *beneficiario* es a nuestra entera discreción. Le comunicaremos cualquier condición o exclusión especial y cualquier prima adicional que se aplicará a la oferta de cobertura. La cobertura para cualquier nuevo *beneficiario* comenzará a partir de la fecha en que *usted* confirme su aceptación. Le mandaremos un *Certificado de seguro* actualizado confirmando que se ha añadido el nuevo *beneficiario*.

10.2
Si una *beneficiaria* da a luz, puede solicitar añadir al recién nacido como *beneficiario* de su plan.

10.2.1
Si al menos un (1) progenitor ha estado cubierto por la *póliza* durante un periodo continuado de doce (12) meses o más antes del nacimiento del recién nacido, no

pediremos ninguna información sobre la salud del recién nacido ni ningún examen *médico* si recibimos la *solicitud* de inclusión del recién nacido en la *póliza* en un plazo de treinta (30) días desde la fecha de nacimiento del recién nacido. Sin embargo, si recibimos una *solicitud* en un plazo superior a treinta (30) días tras la fecha de nacimiento del recién nacido, el recién nacido estará sujeto a evaluación *médica*.

10.2.2
Si ninguno de los progenitores ha estado cubierto por la *póliza* durante un periodo de doce (12) meses consecutivos o más antes de la fecha de nacimiento del recién nacido, el recién nacido estará sujeto a evaluación *médica*, y *usted* podrá presentar una *solicitud* para añadir al recién nacido.

10.2.3
Si un *beneficiario* tiene un hijo mediante gestación subrogada o adopción, el neonato podrá incorporarse como asegurado a su plan vigente, para lo cual se deberá enviar una *solicitud*. El neonato estará sujeto a una evaluación *médica* conforme a la cual podríamos aplicar restricciones o exclusiones particulares.

10.3
Si se requiere evaluación *médica* para el recién nacido, le informaremos sobre si le ofreceremos cobertura al recién nacido y, en tal caso, cualquier condición o exclusión especial que se deba aplicar. La cobertura no comenzará antes de la fecha en la que acepte las condiciones que le ofrezcamos.

Le mandaremos un *Certificado de seguro* actualizado confirmando que se ha añadido el nuevo *beneficiario*. Consulte la prestación "Asistencia a recién nacidos" en su Guía del cliente para obtener más detalles.

11. Cambios en el país de residencia habitual, la dirección y/o la nacionalidad

11.1
Si un *beneficiario* cambia su *país de residencia habitual*, debe informarnos tan pronto como sea posible y, en cualquier caso, dentro de los treinta (30) días posteriores. Nos reservamos el derecho a pedirle más información sobre un cambio de *su país de residencia habitual* o el de cualquiera de los otros *beneficiarios*. Tenga en cuenta que cambiar *su país de residencia habitual* o el de cualquiera de los otros *beneficiarios* podría dar como resultado un incremento en su prima o en los impuestos a pagar, lo que significa que usted podría tener que abonar un pago adicional de prima o que sus pagos mensuales o trimestrales podrían aumentar. Si la prima aumenta, le otorgaremos el derecho a cancelar la *póliza*, de acuerdo con la cláusula 6.5, en cuyo caso se aplicarán las cláusulas 6.5.1, 6.6 y 6.7. Tenga en cuenta que el seguro puede ser proporcionado por otra empresa del grupo *Cigna*.

11.2
Si un *beneficiario* regresa a su *país de nacionalidad*, el *tratamiento* que pueda obtener se limitará a ciento ochenta días (180) en total durante el año de la *póliza*.

11.2.1
Nos reservamos el derecho a revisar todas las solicitudes de reembolso presentadas por los *beneficiarios* en su *país de nacionalidad* y en circunstancias en las que sepamos o tengamos motivos para creer que el *beneficiario* es o tiene la intención de ser residente en su *país de nacionalidad* durante más de ciento ochenta (180) días en total por *periodo de cobertura*. En tales circunstancias, puede que ya no consideremos que el *beneficiario* es un *expatriado* al haber regresado a su *país de nacionalidad* por un periodo sostenido y podremos rechazar el pago de cualquier *solicitud* de reembolso o la emisión de una *garantía de pago*.

11.3
Nos reservamos el derecho de rescindir esta *póliza* de acuerdo con la cláusula 6.3.

11.4
Si cualquier *beneficiario* deja de ser un *expatriado* como resultado de un cambio en el *país de nacionalidad* o de *residencia habitual del beneficiario*, *usted* puede:

11.4.1
dejar la *póliza* en vigor durante el resto del *periodo de cobertura*.Debe informarnos en la renovación si usted deja de ser un *expatriado* y determinaremos si podemos ofrecerle un plan sanitario alternativo facilitado por otra empresa del grupo *Cigna*; o

11.4.2
poner fin a la *póliza* mediante un aviso por escrito que implicará que la cobertura finalizará para todos los *beneficiarios*. Cualquier prima que se haya pagado en relación con el periodo después de que haya finalizado la cobertura será reembolsada en la medida en que no se relacione con un periodo de tiempo en el que hayamos proporcionado cobertura, siempre que no hayamos pagado solicitudes de reembolso o emitido *garantías de pago* durante el *periodo de cobertura*.

12. Cómo nos comunicaremos con usted

Remitiremos toda comunicación y notificación relacionada con esta *póliza* a la dirección de correo electrónico que *usted* haya proporcionado y guardaremos sus *documentos de póliza* en su Área del cliente segura en línea.

13. Renovación de la póliza

13.1
Si decidimos renovar, le escribiremos al menos un (1) mes natural antes de la *fecha de finalización* para invitarle a renovar de acuerdo con los términos que le ofrezcamos. Le informaremos de cualquier cambio en la *póliza* y la prima del siguiente *periodo de cobertura*. Si la legislación y/o normativa local lo establece, puede que se *nos* requiera que le ofrezcamos un plan de salud alternativo.

Sujeto a la cláusula 7, cualquier decisión de *Cigna* de no renovar no se basará en su historial de solicitudes de reembolso ni en ninguna enfermedad, *lesión* o afección sufrida por ningún *beneficiario*.

13.2
Si acepta la invitación de renovación, asegúrese de haber leído y comprendido los documentos de *póliza* para el siguiente *periodo de cobertura*. Su cobertura se renovará para otros doce (12) meses.

13.3
Si no quiere renovar su cobertura tiene que comunicárnoslo por escrito por lo menos catorce (14) días antes de la *fecha de finalización* de su *póliza*.

13.3.1
Si no renueva su cobertura, cualquier beneficiario que haya recibido cobertura conforme a esta *póliza* puede solicitar una cobertura propia. Tendremos en cuenta las solicitudes individualmente y le comunicaremos al *beneficiario* en cuestión si estamos dispuestos a ofrecerle la cobertura y bajo qué términos.

13.4
Si desea añadir o eliminar opciones de cobertura, debe comunicárnoslo por escrito al menos siete (7) días antes de su *fecha de renovación anual*. Podemos aplicar nuevas restricciones especiales, exclusiones y/o ajustar la prima. Si lo hacemos le remitiremos un *certificado de seguro* actualizado.

13.5
Si se han aplicado cualesquiera exclusiones específicas a cualquier *beneficiario*, puede haber casos en los que podamos revisarlas en una *fecha de renovación anual* futura para considerar si estamos dispuestos a retirar las exclusiones. En tal caso, le mostraremos la fecha de revisión de las exclusiones en el *Certificado de seguro*. En dicha fecha, también revisaremos la prima adicional (en caso de haberla) que podamos haber aplicado para cubrir una afección.

Debe ponerse en contacto con *nosotros* después de recibir la notificación de renovación y al menos catorce (14) días antes de la *fecha de renovación anual* si hay una exclusión que deba revisarse en dicha fecha.

Le informaremos sobre cualquier cambio (de haberlo) que hayamos hecho y, cuando sea apropiado, emitiremos un *Certificado de seguro* modificado. Las modificaciones entrarán en vigor a partir de la *fecha de renovación anual* pertinente. No garantizamos que vayamos

a retirar ninguna exclusión especial o prima adicional en la renovación.

14. Protección de datos

14.1

Al evaluar *su solicitud* y administrar la *póliza* y el seguro que se le proporcione, recogeremos, trataremos y compartiremos cierta información personal sobre *usted*. Nos tomamos muy en serio *su* privacidad y siempre trataremos *su* información de acuerdo con la legislación de protección de datos aplicable, incluido el Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679) y cualquier otra legislación aplicable y cualquier guía o códigos de práctica que puedan emitirse con respecto a la protección de *datos personales*. Para obtener más información consulte *nuestro* Aviso de protección de datos, sujeto a actualizaciones.

14.2

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

15. ¿Quién puede hacer cumplir esta póliza?

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

16. Nuestro derecho de cobro de terceros

Si un *beneficiario* necesita *tratamiento* como resultado de un accidente o de un acto deliberado del cual es responsable un tercero, *nosotros* asumiremos (o cualquier persona o empresa que designemos) el derecho del *beneficiario* a recuperar el coste de ese *tratamiento* del tercero culpable (o su compañía de seguros). Si le solicitamos al *beneficiario* que lo haga, él o ella debe seguir todos los pasos para incluir el importe de la prestación que nos reclama bajo esta *póliza* en cualquier *solicitud* de reembolso contra la persona culpable (o su compañía de seguros).

El *beneficiario* deberá firmar y enviar toda la documentación y realizar cualquier otra acción que precisemos para hacer valer nuestros derechos. El *beneficiario* no deberá realizar acción alguna que pudiera dañar o afectar en modo alguno a dichos derechos. *Nosotros* podremos asumir y defender o resolver cualquier demanda, o iniciar legalmente cualquier demanda en nombre de un *beneficiario* para nuestro propio beneficio. Decidiremos cómo llevar a cabo cualquier procedimiento y acuerdo.

17. Otro seguro

Si otro *asegurador* también proporciona cobertura, negociaremos con este sobre quién paga qué proporción de cualquier *solicitud* de reembolso. Si un *beneficiario* está cubierto por otro seguro, es posible que solo paguemos una parte del coste del *tratamiento*. Si otra persona, organización o programa público es responsable de pagar los costes del *tratamiento*, podemos reclamar los costes que hayamos pagado.

18. Cambios a esta póliza

18.1

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

18.2

Nos reservamos el derecho a hacer cualquier cambio a esta *póliza* que sea necesario para cumplir con cualquier cambio en las leyes y regulaciones pertinentes. Si esto ocurre, le escribiremos y le informaremos del cambio.

19. Sanciones

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

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

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

20. Pandemias, epidemias y enfermedades infecciosas

20.1

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

20.2

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

20.3

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

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

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

SECCIÓN 2: EXCLUSIONES GENERALES

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

De acuerdo con la Cláusula 19, no le ofreceremos cobertura a ningún *beneficiario* ni pagaremos solicitudes de reembolso en ciertas jurisdicciones cuando hacerlo conlleve una violación de las restricciones comerciales aplicables, como las restricciones impuestas por la Oficina de Control de Bienes Extranjeros del Departamento de Tesorería de Estados Unidos, la Comisión de la Unión Europea o los Comités de Sanciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, entre otras.

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

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

1. *Tratamiento* que sea suministrado por:

a) un *profesional médico* que, según las autoridades pertinentes en el país en que se recibe el *tratamiento*, no tenga conocimiento especializado ni experiencia en el *tratamiento* de la enfermedad o *lesión* que se esté tratando;
b) un *profesional médico*, *terapeuta*, *hospital*, *clínica* o instalación a quién hayamos dado un aviso por escrito de que ya no lo reconocemos como proveedor de *tratamiento*. Se pueden obtener los detalles de las personas, instituciones y organizaciones a quienes hayamos presentado dicho aviso llamando a *nuestro* Equipo de atención al cliente; o
c) un profesional *médico*, *terapeuta*, *hospital*, *clínica* o instalación que, según *nuestro* razonable parecer, no esté debidamente cualificado o autorizado para suministrar *tratamiento*, o no sea competente para suministrar *tratamiento*.

2. *Tratamiento* para:

a) una *afección preexistente*; o
b) cualquier afección o síntoma que derive de una *afección preexistente* o esté relacionado con ella.

No pagaremos el *tratamiento* de una *afección preexistente* de la que el *tomador del seguro* fuera consciente (o razonablemente debería haberlo sido) en la fecha de inicio de la cobertura, y respecto a la cual no hayamos acordado expresamente ofrecer cobertura.

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

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

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

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

a) contaminación nuclear o química;
b) guerra, invasión, actos de terrorismo, sublevación (tanto si hay una guerra

declarada como si no), guerra civil, revuelo, golpe militar u otras usurpaciones de poder, ley marcial, motín o el acto de cualquier autoridad constituida de forma ilegal;

c) cualquier otro conflicto o desastre;

cuando el *beneficiario*:

i) se haya puesto a sí mismo en peligro al entrar en una zona de conflicto reconocida (según el Gobierno en su *país de nacionalidad*, por ejemplo, el Ministerio de Asuntos Exteriores y de la Commonwealth británico);

ii) haya participado de forma activa en el conflicto; o

iii) haya mostrado un menosprecio evidente por su propia seguridad.

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

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

8. Cualquier gasto por evacuación entre barco y tierra firme.

9. *Tratamiento* en *clínicas* de cuidados naturales, spas de salud, residencias de ancianos u otras instalaciones que no sean *hospitales* o proveedores reconocidos de *tratamiento médico*. En concreto, no estaría cubiertos los costes de enfermería (por ejemplo, gastos de alojamiento, comida y de subsistencia) o de cualquier otro tipo de tratamiento en residencias o residencias para la tercera edad, aunque el tratamiento sea médicamente necesario y/o lo administre un médico reconocido.

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

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

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

13. Costes incidentales, entre ellos periódicos, llamadas telefónicas, comidas de huéspedes y alojamiento en hoteles.

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

15. Admisiones no-médicas o estancias en un *hospital* que incluyen:

a) *tratamiento* que podría recibirse como *paciente diurno* o *ambulatorio*;

b) convalecencia;

c) ingresos y estancias por motivos sociales o domésticos, p. ej., lavarse, vestirse y ducharse.

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

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

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

19. Un tratamiento derivado o relacionado de alguna forma con el intento de suicidio o cualquier lesión o enfermedad que el asegurado se inflija a sí mismo. Cubriremos los servicios médicos conductuales y psicológicos médicamente necesarios, incluidos, entre otros, terapia y asesoramiento con especialistas.

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

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

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

22. *Tratamiento* para una afección relacionada que resulte de afecciones y trastornos adictivos.

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

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

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

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

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

27. *Tratamiento* que pretende cambiar la refracción de uno o ambos ojos, incluidos el *tratamiento* láser, la queratectomía refractiva y la queratectomía fotorrefractiva. Téngase en cuenta que sí pagaremos por un *tratamiento* que corrija o restaure la visión si es necesario por una enfermedad, dolencia o *lesión* (como cataratas o desprendimiento de retina).

28. *Cirugía* de reasignación de sexo, que incluye procedimientos electivos y cualquier asesoramiento *médico* o psicológico para prepararse para dicha *cirugía* o posterior a esta, a menos que la ley estatal o federal exija dicha cobertura. Cubriremos los servicios de salud conductual *médicamente necesarios*, incluidos, con carácter meramente enunciativo, asesoramiento para la disforia de género y afecciones psiquiátricas relacionadas (como ansiedad y depresión) y terapia hormonal *médicamente necesaria*.

29. *Tratamiento* que sea necesario debido a, o relacionado de cualquier manera con, una *lesión* o *enfermedad* sufrida por el *beneficiario* como resultado de:

a) participar en una actividad deportiva como profesional;
b) La práctica de un hobby o una actividad deportiva peligrosa, incluidos, entre otros, los deportes de invierno fuera de pista (como heliesquí y heliboarding), salto base o puenting, paracaidismo, salto de acantilados o clavado de gran altura, montañismo o escalada, escalada en solitario (sin arneses ni cuerdas), espeleología, carreras de senderos o montañas, deportes de motor, deportes ecuestres (por ejemplo, carreras de caballos, saltos ecuestres o polo), caza, monta de toros o corridas de toros, parkour, powerlifting (levantamiento de potencia), surfing o kitesurfing, descenso de ríos.
c) submarinismo a solas; o
d) submarinismo a una profundidad mayor de treinta (30) metros, a no ser que el *beneficiario* esté debidamente cualificado (con titulación PADI o equivalente) para bucear a dicha profundidad.

30. *Tratamiento* que (en nuestra opinión razonable) sea experimental o para el cual no se haya probado la eficacia. Esto incluye:

a) *tratamiento* que se suministra como parte de un ensayo médico;
b) *tratamiento* que no ha sido aprobado por las autoridades sanitarias públicas pertinentes en el país en el que se recibe; o
c) cualquier fármaco o medicina que se recete con unos fines para los cuales no haya

obtenido licencia o no se haya aprobado en el país en el que se receta.

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

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

SECCIÓN 3: DEFINICIONES

Las palabras y frases establecidas a continuación tienen los significados especificados. Cuando dichas palabras y frases se utilicen con estos significados, aparecerán en cursiva en estas *Normas de la póliza* y en la Guía del cliente, incluyendo la lista de las prestaciones.

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

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

Afección preexistente: cualquier enfermedad, padecimiento o *lesión*, o los síntomas presentes antes de la *fecha de entrada en vigor inicial* relacionados con dicha enfermedad, padecimiento o *lesión*:

- para la cual se ha buscado o recibido asesoramiento *médico* o *tratamiento*; o
- que el *beneficiario* conocía, pero no buscó asesoramiento ni *tratamiento médico*.

Área de cobertura seleccionada puede significar:

- *Todo el mundo, incluidos los EE. UU.*; o
- *Todo el mundo, excepto los EE. UU.*

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

Certificado de seguro : el certificado emitido al *tomador del seguro*. Este documento muestra el número de *póliza*, la prima anual, la *fecha de entrada en vigor*, el importe de franquicia (si se selecciona), el importe de coste compartido (si se selecciona), el desembolso máximo (si se puede aplicar), los detalles de quién está cubierto y cualquier exclusión o exclusiones especiales que se hayan retirado con una prima adicional y el plan de salud y opciones seleccionadas (si las hubiera) que se aplican.

Cigna, nosotros, nos, nuestro/a, el asegurador : ver la página 3 de estas *Normas de la póliza* para ver más detalles del *asegurador* Cigna que proporciona su *póliza*.

Cirugía : la rama de la medicina que trata enfermedades, lesiones y deformidades mediante métodos quirúrgicos que implican una incisión en el cuerpo.

Clínica(s) : una instalación de asistencia *médica* que está registrada o tiene licencia en el país en el que está ubicada, principalmente para proporcionar cuidados a los pacientes de *asistencia ambulatoria* y donde los cuidados o supervisión se llevan a cabo por un *médico*.

Cosmética: servicios, procedimientos o productos que se suministran principalmente para fines estéticos y que no son necesarios para mantener un nivel aceptable de salud.

Cónyuge : el marido o mujer legal de un *beneficiario*, o su pareja de hecho, que hemos aceptado para la cobertura bajo esta *póliza*.

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

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

Dentista: cirujano dental o profesional dental que esté registrado o con licencia como tal bajo las leyes del país, estado u otra zona regulada en la que se suministra el *tratamiento*.

Dispositivo protésico: un miembro artificial o herramienta que sea necesario para o en relación con *cirugía*; que sea una parte necesaria del *tratamiento* inmediatamente después de la

intervención quirúrgica durante el tiempo que sea *médicamente necesario*; que sea médicamente necesario y sea parte del proceso de recuperación a corto plazo.

Doctor: un profesional *médico* registrado y con licencia bajo las leyes del estado, país o zona regulada para practicar la medicina en el país en el que suministra el *tratamiento*.

Documentos de pólizas: la documentación relacionada con la *póliza*, que consta de estas *Normas de la póliza*, la Guía del cliente, su *Certificado de seguro* y su tarjeta de identidad de *Cigna*.

EE. UU.: los Estados Unidos de América y sus territorios.

Enfermero cualificado: un enfermero que esté registrado o con licencia como tal bajo las leyes del país, estado u otra zona regulada en el que se suministra el *tratamiento*.

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

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

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

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

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

Garantía de pago: una garantía vinculante ofrecida por nosotros de pagar a un proveedor los costes acordados asociados con un *tratamiento* particular que podamos suministrar a un *beneficiario* o un *hospital, clínica* o *profesional médico*.

Hospital: cualquier organización o institución que esté registrada o con licencia como *hospital médico* o quirúrgico en el país en el que está ubicado y donde el beneficiario se encuentra durante los cuidados diarios o supervisión de un *profesional médico* o *enfermero cualificado*.

Hospitalario: un paciente que ha sido ingresado en el *hospital* y que ocupa una cama durante una o más noches debido a razones médicas.

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

Lesión: una *lesión* física.

Médicamente necesario/necesidad médica: los servicios y suministros médicamente necesarios son aquellos que de acuerdo con las Directrices Clínicas Internacionales el equipo *médico* determine que sean:

- necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, *lesión*, padecimiento o sus síntomas;
- ortodoxos, y según las normas generalmente aceptadas en la práctica *médica*;
- clínicamente apropiados en cuanto a tipo, frecuencia, medida, lugar y duración;
- no principalmente para la conveniencia del *beneficiario*, *médico* u otro *hospital*, *clínica* o *profesional médico*; y
- prestados en el nivel menos intensivo que sea apropiado para el suministro de los servicios y abastecimientos.

Cuando proceda, el equipo *médico* puede comparar la relación coste-eficacia de servicios, entornos o suministros alternativos cuando determine cuál es el entorno menos intenso.

Médico: un *médico* o especialista que está registrado o con licencia para practicar la medicina bajo las leyes del país, estado u otra zona regulada en la que se suministra el *tratamiento*, y que no está cubierto bajo esta *póliza* ni por un miembro de la familia de alguien cubierto bajo esta *póliza*.

Mundial excluyendo EE. UU.: todo el mundo, con la excepción de los *EE. UU.*

Mundial incluyendo EE. UU.: todos los países en el mundo, excluido cualquier país con el cual, a fecha de la entrada en vigor del *tratamiento*, el Gobierno Federal de *EE. UU.* haya prohibido el comercio hasta el punto de que los pagos son ilegales bajo la ley aplicable.

Normas de la póliza: los términos y condiciones, exclusiones generales y términos definidos que rigen este *póliza*.

Paciente ambulatorio: un paciente que va a un *hospital*, consultorio o *clínica* ambulatoria para *tratamiento* y que no es ingresado como *paciente diurno* ni como *paciente hospitalario*.

Paciente diurno: un paciente que haya ingresado en el *hospital*, una unidad diurna u otras instalaciones médicas para *tratamiento* o debido a que necesite un periodo de recuperación supervisada por un *médico*, pero que no ocupa una cama durante la noche. Esto también incluye procedimientos quirúrgicos llevados a cabo en un consultorio *médico*.

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

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

Periodo de cobertura: los doce (12) meses continuos durante los cuales los *beneficiarios* están cubiertos bajo esta *póliza*, y se trata del periodo desde la *fecha de entrada en vigor* hasta la *fecha de finalización*, tal como se indica en el *Certificado de seguro*, o antes, si se cancela según las *Normas de la póliza*.

Póliza: la *póliza* que conforma estas *Normas de la póliza*, la Guía del cliente (que contiene la lista de las prestaciones y la información de solicitudes de reembolso) y su *Certificado de seguro*.

Rehabilitación: terapia física, del habla y ocupacional con el fin de un *tratamiento* dirigido a restaurar al *beneficiario* a su estado de salud previo después de un cuadro.

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

Solicitud: la *solicitud* del *tomador del seguro* (tanto si nos ha mandado un formulario directamente o mediante un corredor, como si ha hecho una *solicitud* online o mediante nuestros vendedores telefónicos) y cualquier informe que haya hecho durante su inscripción para él y cualquier beneficiario incluido en la *solicitud*.

Terapeuta: un logopeda, dietista u ortopedista que está debidamente cualificado y cuenta con las licencias pertinentes para ejercer la práctica en el país en el que se recibe el *tratamiento*.

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

Tratamiento: cualquier *tratamiento médico* o quirúrgico controlado por un *profesional médico* que es médicamente necesario para diagnosticar, curar o aliviar considerablemente la enfermedad, padecimiento o *lesión*.

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

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

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

Usted, su, sus: el *tomador del seguro*.

Vademécum: una lista de fármacos con receta aplicable a todas las solicitudes de reembolso de farmacia en los *EE. UU. Cigna* ha elaborado esta lista con ayuda de nuestro Comité de Farmacia y Tratamientos y se actualiza dos veces al año. Todos los medicamentos incluidos en *nuestro* vademécum están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA). Los medicamentos de venta libre (aquellos que no requieren receta), excepto la insulina, están excluidos de *nuestro* vademécum, a menos

que la ley estatal o federal exija la cobertura de dichos medicamentos. *Le* notificaremos cualquier cambio que afecte a la cobertura de un medicamento que esté *usted* tomando en el momento de la actualización.

NOTAS

NOTAS

Los logotipos de “Cigna Healthcare” y el “Tree of Life” son marcas de servicio registradas de Cigna Intellectual Property, Inc., con licencia de uso de The Cigna Group y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios se ofrecen por o a través de dichas subsidiarias, y no por The Cigna Group. En dichas subsidiarias se incluyen Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. y Cigna Worldwide General Insurance Company Limited.
© 2023 Cigna Healthcare. Todos los derechos reservados.

CGHO Policy Rules CGIC NA ES 05/2023