



CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA DE CIGNA

Life Insurance Company of Europe, SA-N.V, Sucursal en España

Información legal del Asegurador:

Cigna Life Insurance Company of Europe, SA, NV, Sucursal en España, con domicilio social en Pozuelo de Alarcón (28223 Madrid), Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1- Edificio 14-Planta Baja (en adelante Cigna).

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 809, Folio 205, Sección 8, Hoja M-11184; NIF: N-0021205J.

Inscrita en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo el número E0133.

Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A, NV, Sucursal en España, es una sucursal de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA, NV, compañía privada de responsabilidad limitada constituida bajo la Ley Belga, con domicilio social en Bélgica, Avenue Cortenbergh, 52, Bruselas, entidad sometida a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica, estando igualmente sometida a dicho regulador, como entidad aseguradora que opera en España en régimen de derecho de establecimiento, en materia relativa a liquidación.

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50 / 1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE 17 de octubre de 1980, en adelante, "Ley de Contrato de Seguro") y por lo que se estipula expresamente en estas Condiciones Generales, en las Condiciones Particulares y en las Condiciones Especiales, así como en aquellos anexos y/o suplementos y/o apéndices que pudieran formar parte integrante de 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 al caso concreto prevalecerán sobre las Condiciones Particulares, y éstas sobre las Generales.

DEFINICIONES

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

- **Accidente.** Lesión corporal sufrida por el Asegurado durante la vigencia de la Póliza como consecuencia de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.
A los efectos del presente contrato, no se considerarán Accidentes las Enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.
- **Asegurado.** Es la persona física residente en España a quien corresponden los derechos que derivan del contrato y a la que se cubrirán los gastos de la procedente prestación sanitaria en los términos y condiciones pactados y quien, en defecto del Tomador del Seguro, asume personalmente las obligaciones derivadas del presente contrato.
- **Asegurador.** Es Cigna, quien tras la emisión de la Póliza y el cobro de la correspondiente Prima, asume el riesgo objeto del presente contrato durante el período de cobertura al Asegurado y dentro de los términos y condiciones pactados.
- **Asistencia Hospitalaria.** Asistencia Sanitaria prestada en un Hospital.
- **Asistencia Sanitaria.** Servicios médicos comprendidos en la Póliza y prestados al Asegurado, con relación a su salud, por parte de un profesional de la sanidad legalmente habilitado para ello, en el ejercicio de su profesión.

La Asistencia Sanitaria puede prestarse en un Hospital (con o sin internamiento) o bien en consultorios o en el domicilio del Asegurado.

- **Carencia (Periodo de).** Periodo de tiempo contado desde la fecha de inicio de la cobertura de la Póliza durante el cual no se presta alguna /s de las coberturas contratadas.
- **Consulta.** Acción de atender presencialmente el profesional de la sanidad, legalmente habilitado, al Asegurado con el fin de diagnosticar y tratar una Enfermedad o Lesión, con o sin prescripción de pruebas diagnósticas.
- **Copago.** Importe fijo que el Tomador del Seguro y/o Asegurado abona por la prestación de la Asistencia Sanitaria, con el fin de compartir con el Asegurador los costes de la referida Asistencia Sanitaria, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en la Póliza.

La parte de la Asistencia Sanitaria abonada por el Tomador del Seguro y/o Asegurado no será objeto de reembolso por el Asegurador.

- **Cuestionario de Salud.** Formulario de preguntas que el Asegurador facilita al Asegurado con el fin de conocer y determinar su estado de salud y, por tanto, todas las circunstancias que pueden influir en la valoración del riesgo. El Asegurado está obligado a declarar todas y cada una de las circunstancias que influyen en la valoración del riesgo y son determinantes para la formalización del contrato.

El Cuestionario de Salud podrá facilitarse y cumplimentarse en cualquier formato, pudiendo realizarse telefónicamente, siempre y cuando se garantice la confidencialidad, autenticidad y no alteración y la conservación, accesibilidad y reproducción de la información facilitada.

- **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.** Defecto, malformación, Enfermedad o Lesión con que se nace, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético.
- **Enfermedad Grave.** Son aquellas descritas en el segundo párrafo del Artículo 2.9.7.
- **Enfermedad o Lesión Preexistente.** Aquella contraída con anterioridad al momento del alta inicial en el seguro de Asistencia Sanitaria, siendo su diagnóstico, síntomas y/o signos conocidos por el Asegurado o representante legal, en su caso, 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 o mantiene una consulta médica en relación a esa disciplina.
- **Habitación Convencional.** Habitación de Hospital de una única estancia o habitáculo. No se consideran como convencionales las suites o habitaciones con antesala.
- **Hospital.** Institución legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o accidentadas y que opera bajo la supervisión

constante de un Médico acreditado como tal; dicho establecimiento debe estar atendido por un Médico las 24 horas del día y contar con infraestructura para el diagnóstico y la cirugía, incluida zona de reanimación.

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 e instituciones similares, como tampoco 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 tratante.
- **Hospitalización de Día.** Aquella que supone el registro del Asegurado como paciente en aquellas unidades del Hospital así denominadas específicamente, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, sin que ello suponga pernoctar en el Hospital y pudiendo o no realizar una comida principal en dicha unidad hospitalaria.
- **Médico.** Doctor, licenciado o master en medicina legalmente titulado y autorizado en el lugar donde practica para tratar médica o quirúrgicamente las Enfermedades o Lesiones.
- **Periodo Asegurado.** Es el periodo indicado en el Artículo 6.3.
- **Póliza.** Conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro de Asistencia Sanitaria. La Póliza se compone de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales y de aquellos suplementos, apéndices y anexos que se emitan para complementarla, modificarla o aclararla. También forman parte de la Póliza las declaraciones formuladas por Tomador del Seguro y/o Asegurado con anterioridad a la formalización del seguro, incluyendo, pero no limitando, la solicitud de Seguro y el Cuestionario de Salud.
- **Prima.** Precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- **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.
- **Recién Nacido.** A los efectos del presente contrato de seguro de Asistencia Sanitaria, es la etapa de la vida que se extiende durante siete días a partir del nacimiento.
- **Servicios Médicos Concertados (o Cuadro Médico de Cigna).** Conjunto de profesionales de la sanidad y Hospitales concertados por el Asegurador en España, que constan expresamente y en cada momento en sus listados de Servicios Médicos y que están vigentes en el momento de la percepción de la prestación.
- **Siniestro.** Alteración de la salud que requiere la prestación de la Asistencia Sanitaria cubierta por la Póliza. El conjunto de servicios derivados de una misma causa constituyen un único Siniestro.
- **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 Vital.** Necesidad urgente e inmediata de recibir Asistencia Sanitaria y que de no prestarse se pondría en peligro la vida del Asegurado o derivaría en un daño irreparable en su integridad física.
- **Urgencia Ambulatoria.** Cuando la Asistencia Sanitaria requerida directamente por una Urgencia sea prestada tanto en el domicilio del Asegurado como en un centro ambulatorio con servicio de urgencias.
- **Urgencia Hospitalaria.** Cuando la Asistencia Sanitaria requerida por una Urgencia sea prestada en un Hospital.

Artículo 1º OBJETO

Por el presente contrato de seguro de asistencia sanitaria, previo pago de la Prima correspondiente por el Tomador del Seguro, Cigna asume el compromiso de prestar a su asegurado la Asistencia Sanitaria de acuerdo con los términos, condiciones y con los límites expresamente establecidos en las presentes Condiciones Generales, así como en las Condiciones Particulares y Especiales, suplementos, apéndices y anexos que sean de aplicación (en adelante la Póliza) y dentro del Período Asegurado.

Los documentos que integran la Póliza del Asegurado son los que determinan qué coberturas han sido contratadas y en qué términos. Cigna no prestará ninguna cobertura que no haya sido expresamente contratada y que, por tanto, no esté incluida y/o especificada en su Póliza.

Durante los Periodos de Carencia establecidos para ciertas coberturas no se tiene derecho a la prestación, salvo que dichos Periodos de Carencia no sean de aplicación y así se indique expresamente en las Condiciones Particulares. En estos casos, Cigna asume la necesaria Asistencia Sanitaria en caso de Urgencia Vital y mientras dure dicha situación de urgencia, de acuerdo con lo previsto en la Póliza.

Las coberturas de su 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 prestaciones previstas para la Asistencia Sanitaria en viajes al extranjero.

Cigna en ningún caso reembolsará honorarios de los profesionales y demás Servicios Médicos Concertados pagados directamente por el Asegurado, ni de honorarios y gastos médicos derivados de la Asistencia Sanitaria prestada por profesionales y Hospitales no incluidos en los Servicios Médicos Concertados. Tampoco podrán concederse indemnizaciones en metálico en sustitución de las coberturas contratadas y prestadas por los Servicios Médicos Concertados.

Artículo 2º COBERTURAS DEL SEGURO

Están cubiertas las siguientes prestaciones sanitarias:

2.1 Urgencias Ambulatorias y Hospitalarias.

2.2 Asistencia primaria, domiciliaria y en consultorio en las áreas de:

- Medicina General.
- Pediatría (hasta los 14 años) y Puericultura.

2.3 Enfermería o Servicios de enfermería: Asistencia en consultorio y a domicilio prestada por un Diplomado Universitario en Enfermería (D.U.E.), previa prescripción facultativa.

2.4 Especialidades: Se cubren las Consultas, las pruebas diagnósticas y los tratamientos realizados en las siguientes especialidades médico-quirúrgicas:

2.4.1 Alergología e Inmunología.

La prestación no cubre las vacunas, que serán por cuenta exclusiva del Asegurado.

A los efectos de la delimitación del riesgo cubierto se especifica que no se encuentran cubiertos por esta especialidad los tests de intolerancia alimentaria.

2.4.2 Anestesiología y Reanimación.

2.4.3 Angiología y cirugía Vascular.

2.4.4 Aparato Digestivo.

2.4.5 Cardiología.

2.4.6 Cirugía Cardiovascular.

2.4.7 Cirugía General y del Aparato Digestivo.

2.4.8 Cirugía Oral y Maxilofacial.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto no se consideran intervenciones quirúrgicas maxilofaciales, ni se encuentran cubiertas por la Póliza, las derivadas de patología dental, intervenciones quirúrgicas pre-protésicas ni aquellas coberturas incluidas en el apartado de odontología.

2.4.9 Cirugía Pediátrica.

2.4.10 Cirugía Plástica y Reparadora.

Se cubre exclusivamente cuando sea necesaria para eliminar las secuelas de una Enfermedad o Lesión que esté cubierta por la presente Póliza y haya sido

sufrida durante el periodo de cobertura de la misma, o como consecuencia de una intervención quirúrgica que haya sido cubierta por esta Póliza. Está cubierta la reconstrucción mamaria tras mastectomía radical por proceso oncológico.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto, se hace constar que esta prestación no incluye 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 ni las gimnasias y terapias de mantenimiento.

2.4.11 Cirugía torácica.

2.4.12 Dermatología y Venerología.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto no se considera dermatología, y no se encuentra cubiertas por la Póliza: 1) las lesiones actínicas de la piel; 2) la dermatoscopia; 3) el tratamiento dermatocósmético.

2.4.13 Endocrinología y Nutrición.

2.4.14 Geriátrica.

2.4.15 Ginecología y Obstetricia.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que esta especialidad no incluye el tratamiento destinado a solucionar problemas de esterilidad y que por tanto dicho tratamiento no es objeto de cobertura.

2.4.16 Hematología y Hemoterapia.

2.4.17 Medicina Interna.

2.4.18 Nefrología.

2.4.19 Neonatología.

2.4.20 Neumología.

2.4.21 Neurocirugía.

2.4.22 Neurología.

2.4.23 Odontostomatología.

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.

2.4.24 Oftalmología.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que esta prestación no incluye la cirugía refractiva para la corrección de la miopía, hipermetropía, astigmatismo y cualquier otro problema de la vista que pueda solucionarse con el uso de gafas o lentes de contacto.

2.4.25 Oncología Médica y Radioterápica.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que las dianas terapéuticas quedan cubiertas en la red de Servicios Médicos Concertados especialmente por Cigna para esta cobertura.

2.4.26 Otorrinolaringología.

2.4.27 Psiquiatría.

Esta prestación cubre los gastos ocasionados por el tratamiento de Enfermedades mentales y nerviosas, con los límites establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza.

A los efectos de delimitación del riesgo no se consideran incluidos en la especialidad de psiquiatría: 1) el psicoanálisis, 2) la hipnosis, 3) la psicoterapia individual o de grupo, 4) los test psicológicos, 5) los tratamientos para la narcolepsia y/o similares, así como 6) la terapia educativa o educación especial en enfermos con afección psíquica.

2.4.28 Reumatología.

2.4.29 Cirugía Ortopédica y Traumatología.

2.4.30 Urología.

Esta prestación incluye la cobertura de la vasectomía.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que el estudio y el tratamiento de la impotencia sexual no se incluye dentro de esta especialidad, ni es objeto de cobertura.

2.5 Medios complementarios de diagnóstico: Los medios de diagnóstico incluidos se realizarán en todos los casos previa prescripción de un Médico. La prestación incluye la utilización de contrastes.

2.5.1 Análisis Clínicos.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que esta prestación no cubre los test de intolerancia alimentaria.

2.5.2 Anatomía Patológica.

2.5.3 Neurofisiología Clínica.

A los efectos de la delimitación del riesgo cubierto se especifica que quedan cubiertas la polisomnografías y los estudios poligráficos y monitorizaciones en el domicilio del Asegurado hasta un máximo de un estudio por Asegurado y año con una duración no superior a 24 horas.

2.5.4 Medicina Nuclear.

Entre las prestaciones queda expresamente cubierta la realización de estudios PET (Tomografía por emisión de positrones) exclusivamente para las siguientes patologías oncológicas:

a. Caracterización de nódulo pulmonar solitario.

b. Detección de tumor de origen desconocido.

c. Caracterización de masa pancreática.

d. Tumores de cabeza y cuello. Para estadificación, monitorización de respuesta al tratamiento o detección en caso de sospecha de recidiva.

e. Cáncer de pulmón primario. En caso de estadificación o de detección por sospecha de recidiva.

f. Cáncer de mama. Para estadificación y detección por sospecha de recidiva.

g. Cáncer de esófago. Para estadificación exclusivamente.

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

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

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

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

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

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

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

2.5.5 Radiodiagnóstico. Cubre las técnicas habituales como:

- Radiología general.
- Ecografía.
- T.A.C. (tomografía axial computerizada).
- RMN (resonancia magnética nuclear). Incluye RMN 3T.
- Angiografía.
- Arteriografía digital.
- Densitometría ósea.
- Mamografía.
- Radiología vascular e intervencionista.
- Una (1) ecografía 3D/4D por embarazo.

2.5.6 Otros medios de diagnóstico.

- **Endoscopias digestivas** diagnósticas o terapéuticas, quedando cubierta la sedación si fuera preciso.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que esta prestación no incluye la endoscopia mediante cápsula ni la virtual.

- **Pruebas cardiológicas.** Esta prestación cubre los ecocardiogramas, holter, ergometrías, estudios electrofisiológicos y hemodinámica.

- **Pruebas respiratorias y otorrinolaringológicas.** Esta prestación cubre las espirometrías, endoscopias y pruebas vestibulares.

- **Pruebas ginecológicas.** A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que la amniocentesis únicamente queda cubierta en los casos de: 1) riesgo de anomalía cromosómica fetal; a) edad materna avanzada (a partir de 35 años); b) cromosomopatía fetal en gestación previa; c) anomalía cromosómica estructural o

mosaicismo en progenitor; d) anomalía fetal ecográfica o datos sugestivos de aneuploidía; e) marcadores de aneuploidía en suero materno; 2) riesgo de trastorno genético ligado al sexo; 3) riesgo de trastorno metabólico congénito; 4) riesgo de defecto del tubo neural; a) alfafetoproteína; b) acetilcolinesterasa; 5) riesgo de infección fetal.

Esta prestación cubre el ONCOTECT para el diagnóstico precoz del virus del papiloma humano (HPV).

Igualmente se especifica que esta prestación no incluye pruebas relacionadas con tratamientos de fertilidad.

- **Pruebas oftalmológicas.** Esta prestación cubre las campimetrías, angiofluoresceingrafías y retinografías.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que el recuento endotelial queda exclusivamente limitado al estudio previo a la cirugía de cataratas.

- **Pruebas urológicas.** Esta prestación cubre los estudios urodinámicos, flujometrías y las cistoscopias.

2.6 Tratamientos especiales: Se cubren los siguientes tratamientos:

- Aerosolterapia.** Se cubren los gastos derivados de este tratamiento en caso de patología crónica o aguda, con los límites en su caso establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza, tanto en un Hospital como a domicilio.
- Oxigenoterapia.** Se cubren los gastos derivados de este tratamiento en caso de patología crónica o aguda, con los límites en su caso establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza, tanto en un Hospital como a domicilio. Cubre los gastos derivados tanto del acto médico de la oxigenación como del oxígeno necesario.
- Ventiloterapia.** Se cubren los gastos derivados de este tratamiento en caso de patología crónica o aguda, y en los términos establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza, tanto en un Hospital como a domicilio. Se incluye específicamente el tratamiento con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) o presión positiva variable en vía aérea (BPAP).
- Radioterapia, cobaltoterapia, quimioterapia.** En aquellos casos en que sea necesario, la prestación cubre la medicación quimioterápica y que sea antineoplásica y que sea dispensada en régimen de Hospitalización para un proceso oncológico, con un reembolso máximo de su precio de venta al público fijado y publicado por el Ministerio de Sanidad o la autoridad que resulte competente.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que la prestación no incluye ni la medicación co-adyuvante ni la radioterapia combinada.

- Diálisis y riñón artificial.** Esta prestación cubre los gastos derivados del tratamiento, durante los días necesarios, de las insuficiencias renales agudas de carácter reversible, así como de las reagudizaciones de procesos crónicos.
- Fisioterapia y Rehabilitación.** La prestación cubre los tratamientos de rehabilitación para patologías agudas y/o crónicas reagudizadas, en Hospital o consultorio, 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 su caso, en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la Póliza.

A los efectos de delimitación de la presente cobertura, no se consideran patologías agudas y/o crónicas reagudizadas y no están incluidos en la Póliza los tratamientos para aprendizaje, adquisición de habilidades o estimulación precoz.

- Foniatría y Logopedia.** Esta prestación cubre las sesiones realizadas por foniatra y/o logopeda legalmente habilitado, según los límites establecidos en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la Póliza.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto esta prestación no cubre 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.**

- Litotricia extracorpórea por ondas de choque:** Esta prestación

cubre la litotricia extracorpórea por ondas de choque únicamente para tratamiento de la litiasis renal.

2.7 Hospitalización y/o Cirugía. Previa prescripción escrita de un Médico o Especialista legalmente habilitado (tanto de los Servicios Médicos Concertados como ajeno a los mismos), esta prestación cubre los gastos médicos derivados de un régimen de Hospitalización por Enfermedad o Accidente, en los términos y condiciones que se detallan a continuación:

- Gastos ocasionados por estancia hospitalaria:** Uso de Habitación Convencional y /o Hospital de día y manutención del Asegurado ingresado y cama de acompañante (si la hubiera), hasta el límite cuantitativo diario que se establezca en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza, en su caso.

Esta prestación no cubre los gastos hospitalarios por uso de teléfono, televisión, manutención del acompañante y otros servicios no relacionados directamente con el tratamiento de la Enfermedad o Accidente.

- Servicios médicos hospitalarios:** Gastos de utilización de quirófano, material, medicamentos (tanto en quirófano, como los suministrados durante la Hospitalización), anestesia, resucitación y/o cualquier otro concepto de servicios médicos prestados durante la Hospitalización hasta el límite cuantitativo diario que se establezca en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza.
- Gastos por honorarios de Médico cirujano:** Para todas las especialidades quirúrgicas contratadas y de los ayudantes y anestesiastas que intervengan.
- Gastos por honorarios médicos:** En especialidades no quirúrgicas durante las Hospitalizaciones.
- Gastos de Hospitalización psiquiátrica.** Los gastos ocasionados por el tratamiento de Enfermedades mentales y nerviosas en régimen de Hospitalización, bajo prescripción facultativa, hasta el máximo de días por Asegurado y año establecido en las Condiciones Particulares o Especiales. Así mismo, se cubren los gastos derivados de las Consultas que el Asegurado precise durante la Hospitalización con el límite por Asegurado y año que se determine en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza.
- Gastos de Hospitalización del Asegurado** en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cuando por su gravedad requiera cuidados intensivos o vigilancia permanente, con los límites establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales.
- Gastos de Hospitalización de Día.** Los gastos de Hospitalización de Día siendo aplicable la delimitación de la cobertura y la exclusión de gastos incluidos en las letras a), b), c) y d) de este artículo 2.7. Se aplicarán los límites establecidos para estancia hospitalaria y gastos médicos hospitalarios.

Con el objeto de delimitar las coberturas de la presente Póliza, **se especifica que no tendrán la consideración de cirugía, y, por tanto, no estarán cubiertas:**

- Las técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser, salvo: 1) las técnicas de fotocoagulación en oftalmología; 2) las técnicas que usan el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica; 3) el láser utilizado en la cirugía proctológica y los dispositivos empleados en la rehabilitación músculo-esquelética.
- Las operaciones de cambio de sexo o cualquier tratamiento necesario para prepararse o recuperarse de dichas operaciones (por ejemplo, asesoramiento psicológico) incluyendo las complicaciones como resultado de dicho tratamiento.
- Fertilización "In Vitro", inseminación artificial, así como cualquier otro tratamiento similar y el estudio diagnóstico y el tratamiento de la impotencia sexual; tratamiento destinado a solucionar problemas de esterilidad; la reversión tanto de la vasectomía como de cualquier otro tratamiento quirúrgico dirigido a reestablecer la fertilidad del Asegurado.

2.8 Cobertura de la maternidad y Recién Nacidos. Cubre los gastos derivados de la maternidad (embarazo y parto o cesárea) y cualquier tipo de Asistencia Médica, Quirúrgica y Hospitalaria a consecuencia del embarazo, parto o cesárea y puerperio, es decir, aquellos derivados de:

2.8.1 Tocología.

2.8.2 Parto o cesárea.

2.8.3 Preparación al parto: Esta prestación cubre los gastos de los cursos ordinarios de preparación al parto, en los términos y con los límites establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales.

2.8.4 Recién Nacidos: Siempre y cuando esté cubierto el parto, esta prestación cubre los gastos hospitalarios y médicos ocasionados por los Recién Nacidos mientras permanezcan ininterrumpidamente en el Hospital donde se produjo el alumbramiento, con los límites y exclusiones establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de esta Póliza, **y hasta un máximo de siete (7) días** de Hospitalización.

2.9 Otras coberturas

2.9.1 Ambulancia. Esta prestación cubre el servicio de ambulancia terrestre para traslado a un Hospital, o desde éste al domicilio del Asegurado, por prescripción de un Médico (por causa clínica y siempre que no pueda realizarse por otro medio), siendo de aplicación los límites establecidos en las Condiciones Especiales o Particulares. Tales límites no serán de aplicación cuando el traslado por ambulancia sea necesario y de no prestarse de forma inmediata, ponga en peligro la vida del Asegurado o derive en un daño irreparable para su integridad física o para su salud.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que no están incluidos en la cobertura los traslados relacionados con tratamientos de rehabilitación ni con la realización de pruebas diagnósticas o Consultas en régimen ambulatorio.

2.9.2 Podología. Esta prestación cubre las Consultas y la cirugía de uña encarnada y pequeños tumores cutáneos con los límites en su caso establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales.

2.9.3 Telemedicina Cigna 24H. Servicio permanente de orientación médica telefónica. Únicamente en el número de teléfono indicado por el Asegurador al efecto.

2.9.4 Prótesis: Esta prestación cubre: 1) las válvulas cardíacas; 2) los marcapasos (no está cubierto ningún tipo de desfibrilador); 3) las Prótesis de cadera; 4) las Prótesis de by-pass vascular y stent; 5) las Prótesis internas traumatológicas y material de osteosíntesis; 6) las lentes intraoculares monofocales en casos de cirugía de cataratas; 7) las Prótesis mamarias tras mastectomía radical por proceso oncológico y sólo de la mama afectada; 8) las mallas quirúrgicas en reparación de defectos de la pared abdominal y las mallas urológicas; 9) el reservorio en tratamientos oncológicos; y todo ello con los límites fijados en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la Póliza, en su caso.

No se considera Prótesis el material de ortopedia, no quedando éste incluido en la cobertura.

Esta Póliza no cubre aquellas intervenciones quirúrgicas destinadas a la implantación de una Prótesis no cubierta.

2.9.5 Trasplantes de órganos: Esta prestación cubre los gastos hospitalarios y médicos derivados de la realización al Asegurado de trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares con un límite de 120.205 Euros por Asegurado y año.

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que la prestación no cubre los órganos, tejidos, células o componentes celulares objeto del trasplante, ni su transporte.

2.9.6 SIDA: Esta prestación cubre los gastos derivados del tratamiento de las Enfermedades o Lesiones que tuvieran lugar con motivo de sufrir el Asegurado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con un límite total de 6.100 Euros para toda la vida del Asegurado.

2.9.7 Segunda Opinión Médica: Esta prestación cubre, en el caso de las Enfermedades Graves que se indican en el párrafo siguiente, la valoración por parte de Especialistas de reconocido prestigio, del diagnóstico y/o tratamiento médico del Asegurado en relación con las referidas Enfermedades. Para que la prestación pueda realizarse, el Asegurado cumplimentará una serie de formularios que le facilitará el Asegurador y, en su caso, entregará al Asegurador la información y/o documentación médica que fuese requerida. En caso contrario, el Asegurado no podrá recibir esta prestación. En función de la información que facilite, el Asegurado obtendrá un informe de Especialista/s que carecen de vinculación alguna con el Asegurador.

Las Enfermedades respecto de las cuales se podrá solicitar la información antes referida son las siguientes: oncología; Enfermedades cardíacas (incluyendo cirugía cardíaca y angioplastia); trasplante de órganos; Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas (incluyendo Accidentes cerebrovasculares); cirugía ortopédica compleja; Enfermedades

degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso; Enfermedades y dolencias derivadas de la insuficiencia renal.

En aquellos casos en que tras la Segunda Opinión Médica, el Asegurado desee desplazarse al extranjero para recibir tratamiento, el Asegurado podrá recibir información sobre servicios de apoyo llamando al teléfono especialmente designado que se indica al final de estas Condiciones Generales. El hecho de que el Asegurado tenga acceso a la referida información o servicios en ningún caso supone que el Asegurador cubra la Asistencia Sanitaria en el extranjero, que sólo estará cubierta cuando se especifique expresamente en la Póliza y siempre en los términos y condiciones pactados.

2.9.8 Servicio de orientación psicológica. Esta prestación cubre la orientación psicológica en el número de teléfono y horario indicado por el Asegurador al efecto y por Consultas on-line.

2.9.9 Asistencia Médica en viaje en el extranjero: Para los desplazamientos temporales fuera del territorio español por periodos inferiores a 90 días consecutivos, se aplica la cobertura de Asistencia Sanitaria en viaje cuyos términos y condiciones se detallan en el correspondiente Anexo de estas Condiciones Generales. Para recibir esta cobertura se deberá llamar previamente al número de teléfono indicado por el Asegurador al efecto.

2.9.10 Medicina Preventiva: Esta prestación cubre las Consultas médicas, exploraciones físicas y pruebas diagnósticas específicas necesarias para la detección precoz de Enfermedades relacionadas a continuación:

- a. **Aparato Digestivo:** Programa de prevención del cáncer colorrectal para Asegurados en edad de riesgo determinada ésta según los estándares médicos aceptados.
- b. **Cardiología:** Programa de prevención del riesgo coronario para Asegurados en edad de riesgo determinada ésta según los estándares médicos aceptados y rehabilitación cardíaca después de haber sufrido un infarto de miocardio agudo.
- c. **Dental:** Consulta y exploración de salud bucodental, así como limpieza bucal anual.
- d. **Ginecología:** Esta prestación cubre la revisión anual ginecológica para el diagnóstico precoz de Enfermedades de mama y de cuello uterino. También queda cubierto el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.
A los efectos de la delimitación de la presente cobertura se especifica que los estudios genéticos no se consideran diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.
- e. **Obstetricia:** Esta prestación cubre las clases de preparación al parto.
- f. **Planificación familiar:** Esta prestación cubre la implantación del método anticonceptivo D.I.U. pero no el coste del dispositivo que es a cargo del Asegurado. Igualmente queda cubierta la ligadura de trompas y la vasectomía.
- g. **Pediatría:** Consultas periódicas y del desarrollo infantil así como exámenes de salud del Recién Nacido, incluyendo pruebas de otoemisiones, audiometría, test de agudeza visual, metabolopatías, tanto en los casos establecidos en artículo 2.8.4 de las Condiciones Generales, como, en su caso, una vez dado de alta en la Póliza.
- h. **Urología:** Programa de prevención del cáncer prostático para Asegurados en edad de riesgo, determinada ésta según los estándares médicos aceptados.

Artículo 3º PERIODOS DE CARENIA

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

3.1 Parto o cesárea.

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

Se aplica igualmente el Periodo de Carencia de ocho (8) meses, **no quedando por tanto cubiertas durante el mismo, las cesáreas que se prescriban al Asegurado de forma anticipada (cesáreas programadas, con independencia de su motivación) y que no sean consecuencia de una**

Urgencia Vital para la madre o para el feto.

3.2 Hospitalización y/o Cirugía.

Todas las prestaciones incluidas dentro del Artículo 2.7 de las Condiciones Generales, tienen un Periodo de Carencia de seis (6) meses, contados desde la fecha de inicio del período de cobertura, salvo en casos de Urgencia Vital para el Asegurado.

3.3 Trasplantes.

Tiene un Periodo de Carencia de doce (12) meses contados desde la fecha de inicio del período de cobertura del Asegurado en la Póliza.

Artículo 4º EXCLUSIONES

A continuación encontrará las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado a que se refiere el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro. Estas cláusulas restringen o modifican los derechos del Asegurado a la indemnización una vez que se ha producido el Siniestro.

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

- a. Los daños o siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.
- b. Los hechos ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín o tumulto popular y hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad y los producidos por conflictos armados.
- c. Los fenómenos de la naturaleza tales como inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos.
- d. Los derivados de la energía nuclear.
- e. Las epidemias oficialmente declaradas.
- f. Las Enfermedades o Lesiones Preexistentes. La presente exclusión no aplica cuando no fuese requerido el Cuestionario de Salud, ni cuando, siendo requerido, Cigna haya aceptado expresamente y por escrito cubrir la preexistencia. Tampoco es aplicable al Asegurado una vez haya estado cubierto por el seguro, al menos, un año.
- g. Las relativas a toda clase de Enfermedades Congénitas, salvo las de:
 - Los hijos del Asegurado que hayan nacido durante la vigencia de la Póliza, dados de alta en el plazo de un mes desde su nacimiento, y cuyos partos (o cesáreas) hayan estado cubiertos por esta Póliza.
 - Los hijos del Asegurado que hayan nacido o sido adoptados durante la vigencia de la Póliza cuyos partos (o cesáreas) no hayan estado cubiertos por la Póliza, siempre y cuando el Asegurado haya comunicado al Asegurador, con al menos un mes de antelación a la fecha de nacimiento, la intención de asegurar a tales hijos y hayan sido dados de alta en el plazo de un mes desde su nacimiento.
- h. Los exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita, tratamiento o prueba que tenga carácter de Medicina Preventiva (salvo los citados en el Artículo 2.9.10).
- i. Cualquier internamiento hospitalario, operación quirúrgica, prueba diagnóstica o tratamiento médico que no haya sido prescrito y aprobado por un Médico.
- j. Las derivadas del alcoholismo, la drogadicción y las intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y al uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos. Los Accidentes sufridos en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes o a consecuencia de acciones delictivas propias, imprudencia o negligencia grave establecida judicialmente.
- k. La cirugía plástica o reparadora (salvo la citada en el Artículo 2.4.10).
- l. Los tratamientos con finalidad puramente estética, las curas de rejuvenecimiento, desintoxicación y/o sueño, las curas termales y climáticas, implantes capilares, los tratamientos en balnearios y las gimnasias y terapias de mantenimiento.
- m. Las Prótesis de cualquier tipo así como las piezas anatómicas ortopédicas, salvo las específicamente cubiertas por la Póliza en el Artículo 2.9.4. Igualmente quedan expresamente excluidas las intervenciones quirúrgicas para la implantación o sustitución de una Prótesis no cubierta en Póliza.
- n. Las determinaciones del mapa genético, que tengan como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas Enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas.
- o. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de Hospitalización, salvo los específicamente cubiertos por la Póliza con un límite máximo de reembolso equivalente a su precio venta al público y publicado por el Ministerio de Sanidad o la autoridad que resulte competente. Las vacunas de todo tipo.
- p. Los tratamientos dietéticos (curas de adelgazamiento), salvo con ocasión de Enfermedad cubierta por la Póliza.
- q. Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos no utilizados de forma habitual (en la mayoría de las Comunidades Autónomas) y generalizada en Centros de la Sanidad Pública (mayoría de dichos Centros en cada una de las Comunidades Autónomas) y las pruebas diagnósticas y tratamientos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén suficientemente probadas o que no gocen del consenso de la Comunidad Científica de España.
- r. La tentativa de suicidio o de mutilación voluntaria y los Accidentes causados intencionadamente por el Asegurado.
- s. El estudio diagnóstico y el tratamiento de la impotencia sexual. Cualquier tratamiento destinado a/ relacionado con problemas de esterilidad.
- t. La Hospitalización por problemas de tipo social.
- u. Para los Asegurados cubiertos por las prestaciones del régimen de la Seguridad Social, la Asistencia Sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las Comunidades Autónomas, que no estén concertados con el Asegurador.
- v. Las Enfermedades o Accidentes derivados de la participación en una actividad o deporte peligroso con carácter de aficionado. Se consideran actividades y deportes peligrosos las actividades siguientes, entre otras, aunque no de forma limitativa: deportes de motor, deportes o actividades aéreas, competiciones de velocidad, esquí fuera de pista, submarinismo, pesca submarina a pulmón libre, espeleología, escalada o alpinismo que normalmente requiera el uso de cuerdas o guías, puenting, rafting, paracaidismo, parapente, piragüismo en aguas bravas, deslizamiento en trineos, boxeo o artes marciales, cualquier tipo de carrera, rally o competición que no se haga a pie, rugby, halterofilia, tiro y esgrima. Los Accidentes sufridos durante la participación en carreras o competiciones y sus correspondientes pruebas y entrenamientos de forma profesional.
- w. Los gastos hospitalarios por uso de teléfono, televisión, manutención por acompañante y otros servicios no relacionados directamente con el tratamiento de la Enfermedad o Accidente.
- x. Los traslados relacionados con tratamientos de rehabilitación ni con la realización de pruebas diagnósticas o Consultas en régimen ambulatorio.
- y. Adicionalmente a las anteriores exclusiones, en cualquier caso, a la cobertura de Asistencia Sanitaria en viaje al extranjero le son aplicables las exclusiones establecidas en el correspondiente Anexo.

REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

Artículo 5º ASEGURADOR/TOMADORY ASEGURADO

El Asegurador: Es Cigna, quien tras la emisión de la Póliza y el cobro de la correspondiente Prima, asume el riesgo objeto del presente contrato durante el período de cobertura al Asegurado y dentro de los términos y condiciones pactados.

El 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.

El Asegurado: Es la persona física residente en España a quien corresponden los derechos que derivan del contrato y a la que se cubrirán los gastos de la procedente prestación sanitaria en los términos y condiciones pactados y quien, en defecto del Tomador del Seguro, asume personalmente las obligaciones derivadas del presente contrato.

Artículo 6º EL CONTRATO DE SEGURO

6.1 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 Cigna y aceptados por el Asegurado, incluyendo expresamente la contratación electrónica y telefónica. Dichas declaraciones constituyen la obligación fundamental del Tomador del Seguro y /o Asegurado de declaración del riesgo, especialmente el Cuestionario de Salud, y por tanto constituyen un elemento esencial del contrato y la base para la formalización del mismo.

El Tomador del Seguro tiene el deber y la obligación de firmar todos y cada uno de los documentos que integran la Póliza y entregar un ejemplar firmado al Asegurador.

El seguro produce efectos una vez firmada la Póliza y satisfecha la Prima correspondiente.

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

Una vez formalizado el contrato y durante el curso del mismo, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, 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.

6.2 Condiciones de Inclusión en el seguro

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

El Asegurador y el Tomador del Seguro podrán pactar condiciones de inclusión adicionales que figurarán en las Condiciones Particulares.

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

6.3 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, dos meses de antelación a la fecha de la terminación de la cobertura del período inicial o de la prórroga anual.

6.4 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.

6.5 Prescripción

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

6.6 Comunicaciones

Las comunicaciones se dirigirán al Asegurador por el Tomador del Seguro o 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 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 éste.

Asimismo, 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.

Artículo 7º DEBERES Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

7.1 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.

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.

7.2 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.

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.

7.3 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 8º OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

8.1 Prestación de la Cobertura

Para la prestación de los servicios, objeto del presente contrato de seguro, 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 éste deberá mostrar al facultativo junto a su DNI o documento legalmente equivalente.

Junto a la tarjeta identificativa, se facilitará al Tomador del Seguro el listado de los Servicios Médicos Concertados, que se actualizará periódicamente en la página Web de Cigna.

Dentro de los Servicios Médicos Concertados por Cigna en España, el Asegurado puede libremente elegir y utilizar los servicios del profesional sanitario u Hospital que considere más oportuno, según las coberturas contratadas en la Póliza. El derecho de libertad de elección de profesional y centro, la falta de cualquier jerarquía organizativa por parte del Asegurador y la independencia de criterio, así como el secreto profesional, son circunstancias que, cada una de ellas individualmente, presuponen necesariamente la ausencia de cualquier tipo de responsabilidad del Asegurador por los actos de los mismos.

A efectos del seguro, se entenderá comunicado el Siniestro cuando el Asegurado acuda a los Servicios Médicos Concertados o solicite un servicio.

8.2 Información al Tomador del Seguro

Conforme a lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados (Ley 30/1995, de 8 de noviembre), y su normativa de desarrollo, señaladamente el Reglamento aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, el Asegurador proporciona la siguiente información, además de la ya contenida en el resto de la Póliza, que figura igualmente en la nota informativa facilitada con carácter previo a la firma de este contrato de seguro:

- Que la ley aplicable a este contrato de seguro es la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Que el contrato de seguro se celebra con Cigna Life Insurance Company of Europe, SA, NV, Sucursal en España, con domicilio en Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1 – Edificio 14 – Planta Baja, (28223) Pozuelo de Alarcón, Madrid. Que Cigna Life Insurance Company of Europe, SA, NV, Sucursal en España, es una sucursal de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA, NV, compañía privada de responsabilidad limitada constituida bajo la Ley Belga, con domicilio social en Bélgica, Avenue Cortenbergh, 52, Bruselas, entidad sometida a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica, estando igualmente sometida a dicho regulador, como entidad aseguradora

que opera en España en régimen de derecho de establecimiento, en materia relativa a liquidación.

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

(ii) Una vez agotada la vía interna del Asegurador referida en el apartado anterior, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. 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 al Cliente del Asegurador, sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada la petición.

(iii) 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.

Asimismo, podrá someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en el Artículo 31 de Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 60/2003 de 23 de diciembre, de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.

Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los tribunales, el Tomador del Seguro, el Asegurado y Beneficiarios podrán reclamar, en virtud del Artículo 62 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, ante la Dirección General de Seguros si consideran que el Asegurador ha realizado prácticas abusivas o ha lesionado los derechos derivados del contrato de seguro.

8.3 Protección de datos de carácter personal

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

Asimismo, salvo indicación en contra por el titular de los datos de carácter personal, el Tomador del Seguro y el Asegurado autorizan el tratamiento y cesión de los referidos datos para la prevención e investigación del fraude, así como su tratamiento para el ofrecimiento de seguros y/o servicios socio-sanitarios y de bienestar por el Asegurador o sociedades de su mismo grupo a quienes les pueden ser cedidos. El Tomador del Seguro y el Asegurado podrán ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de

carácter personal que figuren en tales ficheros, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo, en la siguiente dirección: Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1, Edificio 14 - Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid) o en el número de teléfono 902 363 666. La aceptación por el Tomador del Seguro y el Asegurado de la cesión de sus datos tiene siempre carácter revocable, sin efectos retroactivos, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y su normativa de desarrollo.

Artículo 9º RECLAMACIONES

9.1 Arbitraje

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

9.2 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 10º: CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador del seguro de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador del seguro hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación, intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

- Acontecimientos extraordinarios cubiertos:
 - Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 Km. /H. y los tornados) y caídas de meteoritos.
 - Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
 - Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.
- Riesgos excluidos:
 - Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
 - Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- Los causados por mala fe del asegurado.
- Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la Cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de catástrofe o calamidad nacional.

3. Extensión de la Cobertura.

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios en las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, el tomador del seguro, los causahabientes, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página Web del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al Asegurado: 902 222 665.

Artículo 11º: 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.

Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y plena aceptación de las mismas, el Tomador del Seguro estampa su firma a continuación.

Por ultimo, 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.



Javier Cano Lucaya
Director General
Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/ NV Sucursal en España



ANEXO: ASISTENCIA MÉDICA EN VIAJES AL EXTRANJERO

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 12.000 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, que no pueda ser obtenido en el lugar donde se halle el Asegurado, enfermo o accidentado. En el supuesto de que el Asegurador asuma los gastos médicos, de conformidad y en aplicación de la garantía primera, los mismos se extenderán al coste del medicamento, siendo en caso contrario a cargo

del Asegurado únicamente el precio satisfecho por el Asegurador para la adquisición del medicamento en cuestión.

GARANTÍA SEXTA: CONSULTA O ASESORAMIENTO MÉDICO A DISTANCIA

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

GARANTÍA SÉPTIMA: TRÁMITES ADMINISTRATIVOS PARA HOSPITALIZACIÓN

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

GARANTÍA OCTAVA: GASTOS DE REGRESO DE ACOMPAÑANTES

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

GARANTÍA NOVENA: RETORNO DE MENORES

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

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

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

GARANTÍA DÉCIMA: REGRESO ANTICIPADO

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

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

GARANTÍA UNDÉCIMA: TRASLADO O REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

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

GARANTÍA DUODÉCIMA: ACOMPAÑANTE DE RESTOS MORTALES

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

GARANTÍA DECIMOTERCERA: GASTOS DE ESTANCIA DEL ACOMPAÑANTE DE RESTOS MORTALES

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

GARANTÍA DECIMOCUARTA: RETORNO DE ACOMPAÑANTES DEL FALLECIDO

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

GARANTÍA DECIMOQUINTA: FIANZAS Y GASTOS PROCESALES

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

GARANTÍA DECIMOSEXTA: SERVICIO DE INFORMACIÓN AL VIAJERO

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

GARANTÍA DECIMOSEPTIMA: SERVICIO DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL

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

GARANTÍA DECIMOCTAVA: TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

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

GARANTÍA DECIMONOVENA: ENVÍO DE OBJETOS OLVIDADOS DURANTE EL VIAJE

En caso de que el Asegurado hubiera olvidado durante su viaje equipaje u objetos personales, el Asegurador organizará y asumirá el envío de los mismos hasta el domicilio en España del Asegurado, 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.

ESTIPULACIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES

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

Quedan excluidos de la Póliza:

- a. **Las Enfermedades Preexistentes y/o Congénitas, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico, previas al inicio del viaje al extranjero.**
- b. **Los exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de Medicina Preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.**
- c. **Los viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico.**
- d. **El diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos.**
- e. **El suicidio, intento de suicidio o auto lesiones del Asegurado.**
- f. **El consumo de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hubieran sido prescritos por un Médico.**
- g. **El tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de Enfermedades mentales o nerviosas.**
- h. **Las enfermedades de transmisión sexual, y especialmente, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) y sus Enfermedades derivadas.**

- i. **La adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de Prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.**
- j. **Los tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia.**
- k. **Los tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.**
- l. **Cualquier gasto médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.**

B) EXCLUSIONES APLICABLES A LAS GARANTÍAS EN CASO DE FALLECIMIENTO

Quedan excluidos de la Póliza:

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

C) EXCLUSIONES APLICABLES CON CARÁCTER GENERAL PARA TODAS LAS GARANTÍAS

Quedan excluidos de la Póliza:

- a. **Las prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al Asegurador y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.**
- b. **La práctica como profesional de cualquier deporte, y como aficionado de deportes de invierno, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.**
- c. **Los viajes de duración igual o superior a 90 días consecutivos.**
- d. **La intervención de cualquier Organismo Oficial de Socorro de urgencia o el coste de sus servicios.**
- e. **El rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.**
- f. **Los actos fraudulentos del Tomador del Seguro, del Asegurado, del Beneficiario o de familiares de los mismos.**
- g. **Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear**
- h. **Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.**

ESTIPULACIÓN TERCERA: LÍMITES DE LAS GARANTÍAS

Los límites máximos de las garantías de este Anexo 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 este Anexo 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 cualquiera de los Servicios Médicos Concertados por este Anexo, bastará con una llamada telefónica al número de teléfono, 91 572 44 06. Este servicio de alarma funciona durante las 24 horas del día.