



Together, all the way.SM

The policy is governed by the Spanish Law. In case of dispute concerning the interpretation of the guarantees covered by this insurance, only the Spanish version will be taken into consideration. Translations of the contractual documents constituting the insurance, are made available to the Insured only for information purposes and only the Spanish language is authentic.

XXXXXXX
SEGRE 18
28250 TORRELODONES
MADRID (España)
700XXX/CXX

Insured person Nº: XXXXXX Policy

Num: XXXXXX

Madrid, XXXXXX XXth, XXXX

Welcome to Cigna XXXXX,

You are about to embark on a **unique experience** in one of the health insurance companies with the **highest level of satisfaction among its more than 169,000 customers** in Spain and 180 million around the world. We have a workforce of more than 150 employees in our country and a prestigious medical network comprising more than 43,000 health care professionals, who provide first-class medical service in 1,900 private clinics and hospitals throughout Spain.

We are very happy to start sharing this new stage with you. We would also like to take the opportunity to present you our Cigna Commitment, which sets out the main pillars on which we rely every day to keep improving and being one of the health insurance companies with the highest level of customer satisfaction. You can find more information at www.cignasalud.es/cigna-commitment.



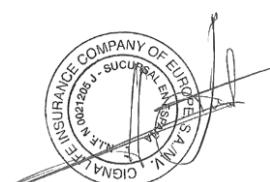
In the attached documents you will find the contractual information of your new medical insurance. You will receive the Cigna insured cards in a few days through regular mail and will be of unlimited duration to avoid the hassle of having to renew them annually.

We remind you that you should always consult the information on the Agreed Medical Services (Medical Network), which is periodically updated in cigna webpage.

We are also at your disposal through the Customer Care Team (91 418 40 40 / 93 301 06 56 / 902 363 666 | servicio.cliente@cigna.com) and our web site www.cigna.es, where you will always find up-to-date information.

Thank you for trusting us, and welcome to Cigna.

Best regards



Juan José Montes Escriba
Managing Director

XXXXXXXXXXXX
SEGRE 18
28250 TORRELODONES
MADRID (España)
XXXXXX/XXX

Nº Asegurado: XXXXXXXXXXXX

Póliza: XXXXXX

Madrid, XX de XXXXX de 2020

Bienvenida a Cigna XXXXX,

Estás a punto de disfrutar de una **experiencia única** con una de las aseguradoras médicas con **mayor nivel de satisfacción entre sus más de 169.000 asegurados** en España y 180 millones en el mundo. En nuestro país contamos con un prestigioso cuadro médico formado por más de 43.000 facultativos, que realizan una labor médica de primer nivel en 1.900 hospitales y centros médicos de toda España.

Nos alegramos mucho de empezar a compartir contigo esta nueva etapa. Además, queremos aprovechar para presentarte nuestro Compromiso Cigna, el cual recoge los principales pilares en los que nos basamos cada día para seguir mejorando y seguir siendo una de las aseguradoras médicas con mayor satisfacción entre sus asegurados. Puedes descubrir más información en www.cignasalud.es/compromiso-cigna.



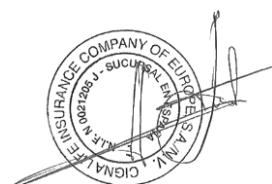
En los documentos adjuntos encontrarás la información contractual de tu nuevo seguro médico. Las tarjetas de asegurado Cigna las recibirás en unos días a través del correo ordinario y serán de duración ilimitada para evitar así la molestia de tener que renovarlas anualmente.

Te recordamos que debes consultar siempre la información sobre los Servicios Médicos Concertados (Cuadro Médico), que se actualiza periódicamente en la página web de Cigna.

También estamos a tu disposición en el Servicio de Atención al Cliente **91 418 40 40 / 93 301 06 56** a través de nuestro correo electrónico servicio.cliente@cigna.com y en nuestra web www.cigna.es, donde encontrarás toda la información siempre actualizada.

Gracias por vuestra confianza, bienvenida a Cigna.

Un cordial saludo,



Juan José Montes Escriba
Director General

The policy is governed by the Spanish Law. In case of dispute concerning the interpretation of the guarantees covered by this insurance, only the Spanish version will be taken into consideration. Translations of the contractual documents constituting the insurance, are made available to the Insured only for information purposes and only the Spanish language is authentic.

CIGNA IS EASY TO USE

USER GUIDE

We would like to thank you for the trust you have placed in us and for having chosen us to assist you in improving your health and well-being. We want your experience with Cigna to be unique, to take care of you every day, and provide you with easy and quick access to medical care. This is why we have placed a set of free medical services at your disposal, included in your policy:

› Medical orientation

902 365 300 - 911 791 487 - 932 593 414

Contact us whenever and wherever you want. Our medical team can handle all your queries at any time of day, 365 days a year. A very useful service if you need advice, support or medical coordination for any situation, whether urgent or not.

› Psychological counseling

902 365 300 - 911 791 487 - 932 593 414

If you need to consult a professional about anxiety, emotional relationships, depression, stress, etc., our team of psychologists will treat you in a personalized way, with absolute confidentiality, over the phone or, if you wish, also through our website.

› Foreign travel emergencies

+34 91 572 4406

No matter where you are, in case of an emergency, Cigna always guarantees medical care during all your travels, thanks to one of the highest coverage levels on the market, which includes, among other things:

- Emergency medical expense coverage, up to a maximum of € 20,000 per claim and policyholder.
- Emergency dental expenses, up to € 300 per claim and policyholder.
- Medical transfers, repatriation of mortal remains, and coverage of the expenses for the return of travel companions.
- Return expenses when, as a result of an accident or illness, you have been hospitalized and have lost your ticket back to Spain, up to a maximum of € 900.
- Shipment of medication in case of emergency.

› Second medical opinion

91 418 40 40 - 93 301 06 56

It is always better to have the opinion of more than one expert to get the best diagnosis. In case of serious illness, Cigna offers you a second diagnosis so you can choose among the most advanced therapeutic alternatives. Specialists of great International prestige study each case in a personalized way to give you an answer, without your having to leave home.

› Nutritional Advisor by Telephone

902 365 300 - 911 791 487 - 932 593 414

We assist and advise you in learning to eat a balanced diet, improving your nutritional habits, and finding out about the healthiest and most highly recommended foods.

› Maternity Services

During your pregnancy, you do not have to worry about a thing. Cigna takes care of you and makes sure that pregnancy does not become a problem.

- Healthcare hotline for pregnant women 24 hours a day: 91 418 40 40 - 93 301 06 56

We want you to experience your pregnancy with no complications. Cigna offers you a permanent hotline, available 24 hours a day, 365 days a year, to inform and advise you about pregnancies and postpartum healthcare.

- Dental program for pregnant women: 91 418 40 40 - 93 301 06 56

Pregnant women insured by Cigna benefit from a totally free dental program that complements the health policy and includes coverage for a variety of related health issues, such how to plan a diet to minimize tooth decay, maintain proper oral hygiene, and how to apply desensitizing fluorine, among others.

The policy is governed by the Spanish Law. In case of dispute concerning the interpretation of the guarantees covered by this insurance, only the Spanish version will be taken into consideration. Translations of the contractual documents constituting the insurance, are made available to the Insured only for information purposes and only the Spanish language is authentic.

ONLINE MEDICAL DIRECTORY

You can gain access to our online medical directory anytime and from any location using your computer, mobile phone, or tablet at www.cigna.es. This is the best place to find the clinic or doctor you need. The information is always kept up-to-date, and is available 24 hours a day.

The medical, dental, and psychological directories allow you to find the right professional you need at any time. You can also find their location and get instructions on how to get there: access to medical care has never been easier.



HOW TO CONTACT US?

CUSTOMER SERVICE CENTRE

91 418 40 40

93 301 06 56

AMBULANCE/24-HOUR EMERGENCIES SERVICE

902 365 300

911 791 487

932 593 414

24-HOUR MEDICAL ORIENTATION

902 365 300

911 791 487

932 593 414

EMERGENCY CARE DURING FOREIGN TRAVEL

+34 91 572 44 06

You'll always find the most important phones on the back of your Cigna card.



CIGNA ES FÁCIL DE USAR

GUÍA DE USO

Cigna pone a tu disposición una serie de servicios médicos incluidos en tu seguro de salud sin coste adicional. Te los presentamos a continuación:

› Orientación médica

902 365 300 - 911 791 487 - 932 593 414

Nuestro equipo médico está a tu disposición para resolver tus dudas en cualquier momento los 365 días del año. Este servicio es especialmente útil para obtener asesoramiento en situaciones, urgentes o no, en las que se necesite apoyo, consejo y/o coordinación médica, siempre en un lenguaje sencillo y cercano.

› Orientación psicológica

902 365 300 - 911 791 487 - 932 593 414

Este servicio permite hacer consultas de carácter psicológico (ansiedad, relaciones sentimentales, depresión, estrés, etc.) por teléfono y a través de nuestra página web www.cigna.es. Nuestro equipo de psicólogos te atenderá de forma personalizada y con absoluta confidencialidad, además de realizar seguimiento de cada consulta.

› Urgencias en viajes al extranjero

+34 91 572 4406

Estés donde estés, recibirás, en caso de urgencia, asistencia médica en tus viajes gracias a una de las coberturas más elevadas del mercado. Esta cobertura incluye gastos médicos urgentes hasta un máximo de 20.000€ por siniestro y asegurado, gastos odontológicos urgentes hasta 300€ (por siniestro y asegurado), traslado sanitario o repatriación de restos mortales, gastos de regreso de acompañantes y envío de medicamentos en caso de urgencia, entre otras.

› Segunda opinión médica

91 418 40 40 - 93 301 06 56

En caso de enfermedad grave, es muy conveniente contar con un segundo diagnóstico y conocer las alternativas terapéuticas más avanzadas. Especialistas de reconocido prestigio internacional estudiarán personalizadamente tu caso para darte una respuesta, sin necesidad de desplazarte.

› Asesor nutricional telefónico

902 365 300 - 911 791 487 - 932 593 414

Nuestros especialistas en nutrición trabajan para ayudarte a mantener un equilibrio dietético adecuado, asesorándote para entender qué tipo de alimentos son más saludables y recomendables.

› Servicios durante la maternidad

Cuidamos a nuestras aseguradas durante su embarazo.

LÍNEA ATENCIÓN A EMBARAZADAS 24 HORAS

91 418 40 40 - 93 301 06 56

Línea permanente 24 horas, 365 días al año, en la que pueden obtener información y asesoramiento sobre la gestación o el puerperio.

PROGRAMA DENTAL PARA LA MUJER GESTANTE

91 418 40 40 - 93 301 06 56

Ofrecemos este programa dental totalmente gratuito que complementa a la póliza de salud e incluye distintas coberturas dentro del Cuadro Dental de Cigna, como la planificación de una dieta para el control de caries, limpiezas bucales y aplicación de flúor desensibilizante, entre otras.

BUSCAR UN MÉDICO

En nuestra página web www.cigna.es tienes acceso al directorio médico online, que es accesible desde cualquier lugar, tanto desde tu ordenador, como desde tu móvil o tablet. Este es el mejor lugar para encontrar tu clínica o doctor: disponible 24 horas al día y con información siempre actualizada.

Los directorios médico, dental y psicológico te permiten encontrar al profesional que necesitas en cada momento. Además, puedes ver su situación geográfica y comprobar cómo llegar hasta allí, para que acudir al médico sea más sencillo.



¿CÓMO CONTACTARNOS?

SERVICIO AL CLIENTE

91 418 40 40

93 301 06 56

AMBULANCIAS/URGENCIAS 24 HORAS

902 365 300

911 791 487

932 593 414

Orientación médica 24 horas

902 365 300

911 791 487

932 593 414

Asistencia en viajes al extranjero

+34 91 572 44 06

En el reverso de tu tarjeta Cigna, encontrarás siempre los teléfonos más importantes.





Together, all the way.SM

The policy is governed by the Spanish Law. In case of dispute concerning the interpretation of the guarantees covered by this insurance, only the Spanish version will be taken into consideration. Translations of the contractual documents constituting the insurance, are made available to the Insured only for information purposes and only the Spanish language is authentic.

PARTICULAR CONDITIONS

MIOTROSEGURO.COM - CIGNA UNIVERSITY POLICY XXXXX

INSURER

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.

Registered in the Mercantile Registry of Madrid, Volume 809, Folio 205, Section 8, Sheet M-11184-; NIF: N-0021205J.

Inscribed in the General Directorate of Insurance under the number E0133.

Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A. N.V, with its registered office in Belgium, Avenue Cortenbergh, 52, Brussels, an entity subject to the supervision of the National Bank of Belgium, also subject to said regulator, as an insurance company operating in Spain under the right of establishment, in matters related to liquidation.

BROKER

CONSULPLAN VIDA CORREDURÍA DE SEGUROS,SL J2466 B84566280

POLICYHOLDER

FULL NAME/ COMPANY NAME	XXX XXXXX
ID card number.	XXXXXXX
ADDRESS	SEGRE 18
POSTCODE	28250
TOWN	TORRELODONES
PROVINCE	MADRID

EFFECTIVE DATE OF THE POLICY

XX/XX/XXXX - XX/XX/XXXX

The policy is governed by the Spanish Law. In case of dispute concerning the interpretation of the guarantees covered by this insurance, only the Spanish version will be taken into consideration. Translations of the contractual documents constituting the insurance, are made available to the Insured only for information purposes and only the Spanish language is authentic.

DURATION

In accordance with the provisions contained in article 22 of the Insurance Contract Act (Law 50 dated October 8th, 1980, it is expressly established that the initial duration of the policy is ANNUAL; it will be extended automatically for periods of one year on the expiry of the current annual period. **The parties may oppose the extension of the contract by means of written notification sent to the other party at least one month in advance of the conclusion of the insurance period under way when the party opposing the extension is the policyholder, and two months when it is the insurer.**

The present policy may be discontinued if the relationship with the affinity group is terminated. This would mean that we would be unable to continue offering you the same conditions as at present and your policy would be cancelled. In such cases, Cigna would notify you of this situation two months in advance and make available to you all the products it is able to offer you at that time.

INSURABLE GROUP

International students not residing in Spain who are coursing university or postgraduate studies at any University or Spanish academic center and who contract this policy through the online platform MIOTROSEGURO as well as their dependent relatives, providing they meet the conditions for inclusion under Cigna insurance, as set out in the General Terms and Conditions. ([C.G. Cigna Salud Plena 2020 vs.1](#)).

CONDITIONS FOR SUBSCRIPTION AND CONTINUED COVER

It will not be necessary for the Main Insured and his or her dependent relatives to complete any health questionnaire provided during the thirty (30) days following the date of the start of the university or postgraduate course; accreditation will be required with registration receipt.

The Main Insured: (the Policyholder of the policy) and any dependent relative(s) (the spouse or life partner of the Main Insured not separated by court order or de facto, and/or the unmarried children of the Main Insured or his or her spouse up to the limit of 29 years of age provided that they live at the same address as the Main Insured). Dependent relatives who reach the age of 29 will be eliminated at the end of the annual period in which this age is reached.

End of cover. Cover under this Policy will terminate in the event of the death of the Insured or when the policy is cancelled.

INSURED PARTIES AND PREMIUM

INSURED	FULL NAME	DATE OF BIRTH	GENDER	DATE REGISTERED
Insured1	XXXXXX	XX/XX/XXXX	F	XX/XX/XXXX

The rate for the surcharge intended to finance the liquidation functions of insurance entities is currently 0.15% of premiums.

The current premiums for the annuity in progress are the following:

The policy is governed by the Spanish Law. In case of dispute concerning the interpretation of the guarantees covered by this insurance, only the Spanish version will be taken into consideration. Translations of the contractual documents constituting the insurance, are made available to the Insured only for information purposes and only the Spanish language is authentic.

PRIMA NETA ANNUAL	
XXXXXXX	XXX,XX
Surcharge CCS (0,15 %)	0,30
Total Premium	XXX,XX

INSURANCE COVER

› Health insurance taken out

MIOTROSEGURO.COM - CIGNA UNIVERSITY Healthcare Insurance

› Additional cover

The cover established in article 2 of the General Terms and Conditions is expanded to include the following, in addition to those established:

Chemist: 50% refund, with a maximum limit per year and Insured person of 100€, including the coverage of the following expenses: (i) expenses on medicine prescribed to the Insured on medical prescription, with the Chemist's national code and which are not over-the-counter medicine, dispatched in a Chemist's ; (ii) The medicine prescribed by the Social Security which are not over-the-counter medicine, the part which is not covered by it; (iii) All kinds of vaccines are excluded. The refund of the homeopathic medicine is expressly excluded in this coverage.

LIMITATIONS, EXCLUSIONS AND GRACE PERIODS

› Cover, Exclusions and Limits

General Terms and Conditions ([C.G. Cigna Salud Plena 2020 vs.1](#))the present Particular Conditions, the Special Conditions of the Plan C18 - Cuadro Médico and those Supplements, Appendices and Riders that may be applicable. In addition, exclusions of cover may be agreed individually with each Insured.

The reimbursement of invoices issued by Hospitals and Medical Centres forming part of the National Health System in Spain is expressly excluded as these do not belong to the Cigna Medical Staff.

› Waiting Periods (Article 3) and Exclusions (Article 4)

For the Main Insured Parties and their dependent relative(s), the following waiting periods will be waived: 3.1 Waiting period for maternity care (pregnancy and delivery) 3.2 (hospitalization and/or surgery), 3.3 Transplants and 3.4 Ligation of fallopian tubes and vasectomies.

Guarantees in the event of an accident or illness and death while travelling abroad

In the case of insured persons who do not have Spanish nationality, **cover for medical transportation or medical repatriation and the transportation or repatriation of mortal remains to the country of origin of the insured if the accident or serious illness occurred while the insured was in Spain** is added to **guarantee three (MEDICAL TRANSPORTATION OR MEDICAL REPATRIATION)** and **guarantee eleven (TRANSPORTATION OR REPATRIATION**

The policy is governed by the Spanish Law. In case of dispute concerning the interpretation of the guarantees covered by this insurance, only the Spanish version will be taken into consideration. Translations of the contractual documents constituting the insurance, are made available to the Insured only for information purposes and only the Spanish language is authentic.

OF MORTAL REMAINS) in article 2.9.9 Medical Assistance while Travelling Abroad, General Terms and Conditions (**C.G. Asist. Medica S. Plena 2020 v1**), with the rest of the cover and exclusions remaining on the same terms included in the said article.

Similarly, guarantee **twelve** (PERSONS ACCOMPANYING MORTAL REMAINS) and guarantee **thirteen** (LIVING EXPENSES OF THE PERSON ACCOMPANYING MORTAL REMAINS) are amended to include **the person designated by the relatives of the Insured to accompany the remains without any requirements for this person to be domiciled in Spain**.

The coverage " MEDICAL TRANSPORTATION OR MEDICAL REPATRIATION" and " TRANSPORTATION OR REPATRIATION OF MORTAL REMAINS" is unlimited if is provided in accordance with the terms and conditions included in the contracted policy.

LEGAL CLAUSES

› Documentation and information received:

The Policyholder acknowledges having received from the Insurer, together with these Particular Conditions, the General Conditions (**C.G. Cigna Salud Plena 2020 vs.1**) , the Special Conditions for the Plan and the Riders that, taken as a whole, constitute the present contract (the insurance policy) and also that these documents have no validity or effectiveness whatsoever taken separately. Furthermore, the Policyholder acknowledges having received prior to the execution of the contract, all the information required under article 96 of the Insurance and Reinsurance Entities (Organization, Oversight and Solvency) Act (Law 20 dated July 14th, 2015) and articles 122 to 126 of the said Regulations.

› Declaration by the policyholder:

The Policyholder declares that he/she is AWARE OF AND AGREES TO the content of all the General, Particular and Special conditions of the policy furnished, and expresses his or her full acceptance of the same, EXPRESSLY AGREEING to both the clauses delimiting the risk insured (cover) and the limiting clauses and exclusions clearly highlighted and indicated in the general conditions, as well as the personal data protection policy set out in article 7.3 of the aforesaid general conditions. For more information about the treatment of the personal data of the Interested Party, consult the Annex of Protection of Personal Data of the Policy in www.cignasalud.es/cigna-sphb-gdpr-customer-dpn

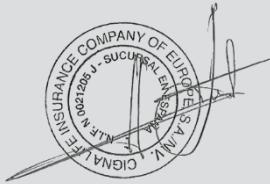
And in witness of their agreement, the parties now sign this Contract in duplicate and for one sole purpose in Madrid on 14 de septiembre de 2020.



Together, all the way.SM

The policy is governed by the Spanish Law. In case of dispute concerning the interpretation of the guarantees covered by this insurance, only the Spanish version will be taken into consideration. Translations of the contractual documents constituting the insurance, are made available to the Insured only for information purposes and only the Spanish language is authentic.

BY THE INSURER



Juan José Montes Escriba
Managing Director
Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV
Sucursal en España

BY THE POLICYHOLDER

(Signature)

FOR THE EFFECTIVENESS OF YOUR INSURANCE CONTRACT IT IS ESSENTIAL THAT YOU RETURN A SIGNED COPY OF THESE CONDITIONS WITHIN 7 DAYS OF RECEIPT OF THE POLICY

CONDICIONES PARTICULARES

PÓLIZA MIOTROSEGURO.COM - CIGNA UNIVERSITY 700910

ASEGURADOR

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.

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 Bajo el número E0133.

Sucursal de Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A. N.V, 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.

MEDIADOR

CONSULPLAN VIDA CORREDURÍA DE SEGUROS,SL J2466 B84566280

TOMADOR DEL SEGURO

NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL	X XXXXXXXXX
N.I.F./C.I.F.	XXXXX
DOMICILIO	SEGREL 18
C.P.	28250
LOCALIDAD	TORRELODONES
PROVINCIA	MADRID

FECHA DE EFECTO DE LA PÓLIZA

XX/XX/XXX - XX/XX/XXXX

DURACIÓN

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley 50 / 1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se establece expresamente que la duración inicial de la póliza es ANUAL, prorrogable automáticamente por períodos de un año a la expiración de la anualidad en curso. **Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.**

La presente póliza podría descatalogarse de resolverse la relación con el grupo de afinidad, lo que implicaría que no podríamos continuar ofreciéndole las mismas condiciones actuales y la cancelación de su póliza. En tal caso, Cigna le comunicaría con dos meses de antelación esta situación y pondría a su disposición los productos que pueda ofrecerle en ese momento.

GRUPO ASEGURABLE

Estudiantes internacionales no residentes en España que cursen estudios universitarios o de postgrado en cualquier Universidad o centro académico español y que contraten la presente póliza a través de la plataforma online MIOTROSEGURO, así como sus familiares dependientes y cumplan con las condiciones de inclusión en el seguro de Cigna, según se establece en el Condicionado General Cuadro Médico ([C.G. Asist. Medica S. Plena 2020 v1](#)).

CONDICIONES ADHESIÓN Y PERMANENCIA

No será necesario que el Asegurado Titular y familiar dependiente cumplimente cuestionario de salud durante los treinta (30) días siguientes a la fecha del inicio del curso universitario o postgrado; será necesario acreditación con resguardo de matrícula.

Asegurado Titular: (Tomador de la póliza) y familiar /es dependiente /s (Cónyuge del asegurado titular o pareja conanáloga relación de afectividad no separada de hecho o judicialmente y/o hijos del asegurado titular o su cónyuge hasta la edad límite de 29 años solteros y siempre que convivan en el mismo domicilio que el asegurado titular). La baja del familiar dependiente por llegar a la edad de 29 años se producirá al terminar la anualidad en la que se cumpla dicha edad.

Fin de cobertura. La cobertura de esta Póliza finalizará en caso de fallecimiento del Asegurado o cuando se produzca la baja del mismo.

ASEGURADOS Y PRIMA

ASEGURADOS	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	SEXO	FECHA ALTA
Asegurado 1	XXXXXXXXX	XX/XX/XXXX	F	XX/XX/XXXX

Actualmente el tipo del recargo destinado a financiar las funciones de liquidación de entidades aseguradoras es del 0,15 % de las primas.

Las primas vigentes para la anualidad en curso son las siguientes:

PRIMA NETA ANUAL	
XXXXXXX	XXX,XX
Recargo CCS (0,15 %)	0,30
Total Prima	XXX,XX

COBERTURA DEL SEGURO

› Seguro de salud contratado

Seguro de asistencia médica MIOTROSEGURO.COM - CIGNA UNIVERSITY

› Coberturas Adicionales

Se amplían las coberturas establecidas en el artículo 2º de las Condiciones Generales, quedando incluidas además de las establecidas, las siguientes:

Farmacia: Reembolso del 50%, con un límite anual máximo por Asegurado y año de 100€, incluyendo en cobertura los siguientes gastos: (i) los gastos de medicamentos genéricos prescritos al Asegurado bajo receta médica, con código nacional de farmacia y que no sean de libre dispensación, despachados en oficina de farmacia; (ii) aquellos medicamentos prescritos por la Seguridad Social, que no sean de libre dispensación, en la parte no cubierta por la misma; (iii) Quedan excluidas todo tipo de vacunas. Queda expresamente excluido de esta cobertura el reembolso de los medicamentos homeopáticos.

LIMITACIONES, EXCLUSIONES Y CARENCIAS

› Coberturas, Exclusiones y Límites

Condicionado General ([C.G. Asist. Medica S. Plena 2020 v1](#)) las presentes Condiciones Particulares, Condiciones Especiales del plan C18 - Cuadro Médico y aquellos Suplementos, Apéndices y Anexos que sean de aplicación. Adicionalmente, pueden existir exclusiones de cobertura acordadas individualmente con cada Asegurado.

Queda expresamente excluido el reembolso de facturas emitidas por Hospitales y Centros Médicos adscritos al Sistema Nacional de Salud de España, por no pertenecer al Cuadro Médico de Cigna.

› Periodos de Carencia (Artículo 3º) y Exclusiones (Artículo 4º)

Para Asegurados Titulares y familiares dependiente se derogan los siguientes períodos de carencia: 3.1 Carencia de maternidad (embarazo y parto) 3.2 (hospitalización y/o cirugía), 3.3 Trasplantes y 3.4 Ligadura de Trompas y vasectomías.

Garantías en caso de accidente o enfermedad y fallecimiento en viajes al extranjero

En caso de asegurados con nacionalidad distinta de la española, se añade a las **garantías tercera – TRASLADO SANITARIO O REPATRIACIÓN MÉDICA** y **undécima – TRASLADO O REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES** – del Artículo 2.9.9 del Condicionado General (C.G. Asist. Medica S. Plena 2020 v1), la **cobertura del traslado sanitario o repatriación médica y el traslado o repatriación de restos mortales hasta el país de domicilio del Asegurado si el accidente o enfermedad grave se hubiera producido durante su estancia en España**, quedando el resto de la cobertura y exclusiones en los mismos términos incluidos en el referido artículo.

Igualmente se modifican las garantías **duodécima – ACOMPAÑANTES DE RESTOS MORTALES-** y **decimotercera –GASTOS DE ESTANCIA DEL ACOMPAÑANTE DE RESTOS MORTALES-** entendiéndose por **acompañante la persona que designen los familiares del asegurado, sin que sean requisito necesario que tenga su domicilio en España.**

La cobertura "Repatriación médica" y "Traslado o repatriación de restos mortales" es ilimitada siempre que se preste de acuerdo con los términos y condiciones recogidos en la póliza contratada.

CLÁUSULAS LEGALES

› Documentación e información recibida:

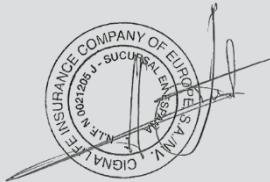
El Tomador reconoce haber recibido del Asegurador, junto con estas Condiciones Particulares, las Condiciones Generales ([C.G. Asist. Medica S. Plena 2020 v1](#)) Condiciones Especiales del Plan y Anexos que, en conjunto, constituyen el presente contrato (su póliza de seguro) y que no tienen validez ni producen efecto alguno por separado. Asimismo, el Tomador reconoce que ha recibido con anterioridad a la celebración del contrato toda la información requerida en el artículo 96 de la Ley 20/2015 de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y artículos 122 a 126 del citado Reglamento.

› Declaración del tomador del seguro:

El Tomador del seguro declara CONOCER y ACEPTAR el contenido de todas las condiciones Generales, Particulares y Especiales de su póliza que le han sido facilitadas, mostrando su plena y total conformidad con las mismas, ACEPTANDO de FORMA EXPRESA tanto las cláusulas que delimitan el riesgo asegurado (coberturas), como las cláusulas limitativas y exclusiones que claramente se han destacado y se señalan en las condiciones generales, así como la política de protección de datos de carácter personal que se recoge en el artículo 7.3º de las referidas condiciones generales. Para mayor información sobre el tratamiento de los datos del carácter personal del Interesado, consultar el Anexo de Protección de Datos de Carácter Personal de la Póliza en www.cignasalud.es/cigna-sphb-gdpr-customer-dpn

Y en prueba de conformidad las partes firman este Contrato, en duplicado ejemplar y a un solo efecto, en Madrid, a 14 de septiembre de 2020.

POR EL ASEGURADOR

**Juan José Montes Escriba**

Director General

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

POR EL TOMADOR

(Firma)

PARA LA EFICACIA DE TU CONTRATO DE SEGURO ES IMPRESCINDIBLE QUE NOS DEVUELVAS FIRMADO UN EJEMPLAR DE ESTAS CONDICIONES EN EL PLAZO DE 7 DÍAS DESDE LA RECEPCIÓN DE LA PÓLIZA.

The policy is governed by the Spanish Law. In case of dispute concerning the interpretation of the guarantees covered by this insurance, only the Spanish version will be taken into consideration. Translations of the contractual documents constituting the insurance, are made available to the Insured only for information purposes and only the Spanish language is authentic.

SPECIAL CONDITIONS

GROUP HEALTH INSURANCE

Table of Coverage and standards for its correct application

Below you will find the table of coverage and maximum limits, under the modality of contracted coverage. The benefits/provisions included in the following table as defined in the General Conditions of the Policy will be considered contracted.

When a contracted coverage box refers to a number of benefits/provisions (sessions, consultations, etc.), the contracted coverage will only cover up to this number of benefits/provisions per Insured Person and during one insurance year (non-accrueable to the following insurance year), unless otherwise specified.

This information is supplementary to the contents of the General and Particular Conditions of the Policy, which in no case may be replaced by the present Table of Coverages.

Coverage determined according to the criteria of the Collegial Medical Organization (OMC).

Plan Cigna C18		Medical network
EMERGENCIES	Out-of-hospital and Hospital without admission	Unlimited
PRIMARY ASSISTANCE AT THE DOCTOR'S OFFICE AND AT HOME	General Medicine Pediatrics and Childcare	Unlimited. A maximum of 80% shall be reimbursed in Pediatric and Child Care consultations outside the network of medical services arranged with Cigna, with a limit of €50 per consultation and a maximum of 5 consultations per insured person and current insurance annuity.
NURSING		Unlimited
MEDICAL SPECIALTIES	Gynecology and obstetrics Other Specialists Consultations	Unlimited. A maximum of 80% shall be reimbursed in Gynecology and obstetrics consultations outside the network of medical services arranged with Cigna, with a limit of €50 per consultation and a maximum of 5 consultations per insured person and current insurance annuity.

The policy is governed by the Spanish Law. In case of dispute concerning the interpretation of the guarantees covered by this insurance, only the Spanish version will be taken into consideration. Translations of the contractual documents constituting the insurance, are made available to the Insured only for information purposes and only the Spanish language is authentic.

Plan Cigna C18		Medical network
COMPLEMENTARY MEANS OF DIAGNOSIS	High Resolution Ultrasound	1 per pregnancy
	Polysomnography	1 per insurance annuity
	Other complementary means of diagnosis	Unlimited
SPECIAL TREATMENTS	Aerosolterapia/Ventiloterapia/Oxigenoterapia	Unlimited
	Physiotherapy and Rehabilitation	Maximum 60 sessions per insured person and insurance annuity in progress
	Pelvic Floor Rehabilitation	6 sessions per insured person and year
	Musculoskeletal shock-wave lithotripsy (1)	3 sessions per process.
	Phoniatrics and speech therapy	Maximum 30 sessions per insured person and insurance annuity in progress
HOSPITALIZATION AND / OR SURGERY	Stay in Standard Room	Unlimited
	Stay in ICU/ HCU	Maximum 90 sessions per insured person and insurance annuity in progress
	Hospital Medical Services	Unlimited
	Intraoperative electrophysiological monitoring	Unlimited
	Neuronavigation device for intracranial surgery	€ 1,200
	Psychiatric Hospitalization	Maximum 30 sessions per insured person and insurance annuity in progress
	Hospital outpatient care	Unlimited
	Medical fees in non-surgical specialties during hospital admissions	Unlimited
	Doctor, surgeon, assistant and anesthetist fees (OMC groups)	Unlimited
	Prostate laser Vaporization (1)	Unlimited
MATERNITY	Obstetrics	Unlimited

The policy is governed by the Spanish Law. In case of dispute concerning the interpretation of the guarantees covered by this insurance, only the Spanish version will be taken into consideration. Translations of the contractual documents constituting the insurance, are made available to the Insured only for information purposes and only the Spanish language is authentic.

Plan Cigna C18		Medical network
PROSTHESIS	Preparation for delivery	Unlimited
	Delivery or cesarean section	Unlimited
	Newborns	Unlimited for the first 7 days of life while still in the same hospital center.
	Cardiac prosthesis (valves)	€ 4,000
	Coronary Stent	€ 1,800
	Pacemaker (no type of defibrillator is included).	€ 6,000
	Joint prosthesis	€ 4,500
	Vascular prosthesis	€ 2,000
	Osteosynthesis material	€ 3,000
	Monofocal intraocular lenses for cataract surgery	€ 150 per eye
OTHER BENEFITS	Breast prostheses after mastectomy for cancer processes and only in the affected breast	€ 1,000 per unit
	Abdominal Meshes	€ 500
	Reservoirs	€ 600
	Testicular prosthesis	€ 250
	Hydrocephalus valve	€ 150
	Transplants	€ 60.000
	Prophylactic mastectomy (1)	Unlimited
	Chiropody	Max. 6 sessions per insured party/year
	Psychology	Maximum 10 sessions per insured person and insurance annuity in progress, within the network of medical services especially arranged with Cigna
	Ambulance	Unlimited
	Psychiatry day center	MAX. 28 days per INSURED / year.
	AIDS	€ 6,100 for life of the insured person

The policy is governed by the Spanish Law. In case of dispute concerning the interpretation of the guarantees covered by this insurance, only the Spanish version will be taken into consideration. Translations of the contractual documents constituting the insurance, are made available to the Insured only for information purposes and only the Spanish language is authentic.

Plan Cigna C18	Medical network
Dental Coverage	First visits, simple dental extractions, periapical radiographs, 1 orthopantomography and an annual oral cleaning are covered within the Cigna Medical Network
Second Medical Opinion	Access to second diagnosis in case of serious illness
Care in trips abroad	Emergency Medical Coverage on trips up to € 20,000 per person and claim
Telemedicine 24 hours	Telephone medical guidance 24 hours a day, 365 days a year
Outpatient Pharmacy	50% of pharmaceutical costs of generic products with a limit of € 100 per insured person and insurance annuity in progress

(1) Covered at Centers and / or Specialists arranged by Cigna for this coverage and previous authorization of the Company.

CONDICIONES ESPECIALES

SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA SANITARIA

Tabla de Coberturas y normas para su correcta aplicación

A continuación se incluye la tabla de coberturas y límites máximos, bajo la modalidad de cobertura contratada. Se considerarán contratadas las prestaciones incluidas en la siguiente tabla según su definición en las Condiciones Generales de la Póliza.

Cuando en el recuadro correspondiente a una cobertura contratada se hace referencia a un número de prestaciones (sesiones, consultas, etc.), la cobertura contratada alcanzará únicamente a tal número de prestaciones por Asegurado y durante una anualidad del Seguro (no acumulándose nunca a la anualidad siguiente), salvo cuando se especifique lo contrario.

Esta información se complementa con la contenida en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, que en ningún caso son sustituibles por la presente Tabla de Coberturas.

Coberturas determinadas de acuerdo con los criterios de la Organización Médico Colegial (OMC)

Plan Cigna C18		Cuadro Médico
Urgencias	Extra-Hospitalarias y Hospitalarias sin ingreso	Sin límite
Asistencia Primaria en consultorio y a domicilio	Medicina General	Sin límite
	Pediatria y Puericultura	Sin Límite, adicionalmente se reembolsará un máximo del 80% en consultas de Pediatría y Puericultura fuera del la red de servicios médicos concertados con Cigna, con un límite de 50€ por consulta y un máximo de 5 consultas por asegurado y anualidad de seguro en curso
Enfermería		Sin límite
Especialidades	Ginecología y Obstetricia	Sin Límite, adicionalmente se reembolsará un máximo del 80% en consultas de Pediatría y Puericultura fuera del la red de servicios médicos concertados con Cigna, con un límite de 50€ por consulta y un máximo de 5 consultas por asegurado y anualidad de seguro en curso

Plan Cigna C18		Cuadro Médico
	Resto de Consulta de Especialistas	Sin límite
Medios Complementarios de Diagnóstico	Ecografía de alta resolución	1 por embarazo
	Polisomnografía	1 por anualidad de seguro
	Resto de medios diagnósticos complementarios	Sin límite
Tratamientos Especiales	Aerosolterapia/Ventiloterapia/Oxigenoterapia	Sin límite
	Fisioterapia y Rehabilitación	Máximo 60 sesiones por asegurado y anualidad de seguro en curso
	Rehabilitación de suelo pélvico	6 sesiones por asegurado y año
	Litotricia músculo esquelética por ondas de choque (1)	3 sesiones por proceso.
	Foniatría y logopedia	Máximo 30 sesiones por asegurado y anualidad de seguro en curso
Hospitalización y/o Cirugía	Estancia en Habitación Convencional	Sin límite
	Estancia en UVI/ UCI	Máximo 90 días por asegurado y anualidad de seguro
	Servicios Médicos Hospitalarios	Sin límite
	Monitorización electrofisiológica intraoperatoria	Sin límite
	Neuronavegador	1.200 €
	Hospitalización psiquiátrica	Máximo 30 días por asegurado y anualidad de seguro en curso
	Hospitalización de día	Sin límite
	Honorarios médicos de interconsulta	Sin límite
	Honorarios de Médico, Cirujano, ayudantes y anestesistas (Grupos OMC)	Sin límite
	Vaporización prostática mediante láser (1)	Sin límite
Maternidad	Tocología	Sin límite

Plan Cigna C18		Cuadro Médico
Prótesis	Preparación Parto	Sin límite
	Parto o cesárea	Sin límite
	Recién nacidos	Sin límite durante primeros 7 días de vida mientras siga ingresado en el mismo centro
	Prótesis Cardiaca (Válvulas)	4.000 €
	Stent Coronario	1.800 €
	Marcapasos (no está incluido ningún tipo de desfibrilador)	6.000 €
	Prótesis articulares	4.500 €
	Prótesis Vasculares	2.000 €
	Material Osteosíntesis	3.000 €
	Lentes intraoculares monofocales en caso de cirugía de cataratas	150€ por cada ojo
Otras coberturas	Prótesis mamarias	1.000€ por unidad
	Mallas abdominales	500 €
	Reservorios	600 €
	Prótesis testicular	250 €
	Válvula de hidrocefalia	150 €
	Trasplantes	60.000 € por siniestro
	Mastectomía profiláctica (1)	Sin límite
	Podología	Máximo 6 sesiones por asegurado y anualidad de seguro en curso
	Psicología	10 sesiones psicología por asegurado y anualidad de seguro en curso, dentro de la red de servicios médicos especialmente concertado con Cigna (ampliable hasta 20, exclusivamente para tratamientos de trastornos de la conducta alimentaria (sólo bulimia y anorexia nerviosa)
	Ambulancia	Sin límite

Plan Cigna C18	Cuadro Médico
Centro de día Psiquiátrico (1)	Máximo 28 días por asegurado y año.
SIDA	6.100 € para toda la vida del asegurado
Cobertura Dental	Quedan cubiertas primeras visitas, extracciones dentarias simples, radiografías periapicales, 1 ortopantomografía y una limpieza bucal anual dentro del Cuadro Dental de Cigna
Segunda Opinión Médica	Acceso a un segundo diagnóstico en caso de enfermedad grave
Asistencia en viajes al extranjero	Cobertura de urgencias médicas en viajes hasta 20.000 € por persona y siniestro
Orientación médica	Orientación médica por teléfono las 24 horas del día, 365 días del año
Farmacia Extra-hospitalaria	50% de los gastos farmacéuticos de productos genéricos con un límite de 100 € por asegurado y anualidad de seguro en curso

Consulta en nuestra web o en los teléfonos 91 418 40 40 / 93 301 06 56 / 902 363 666, los Especialistas, Centros Médicos y Hospitales concertados para tu plan de salud.

(1) Cubierto en los Centros y/o Especialistas Concertados por Cigna para esta cobertura y previa autorización de la Compañía. Consultar siempre los requisitos de la cobertura.

INDEX

LEGAL INFORMATION ABOUT THE INSURER.....	3
DEFINITIONS.....	3
PURPOSE	6
INSURANCE COVER.....	6
Ambulatory Emergencies and Hospital Emergencies	6
Primary medical assistance.....	6
Nursing or Nursing Services	6
Specialities	6
Allergology and Immunology	6
Anaesthesiology and Resuscitation	6
Angiology and Vascular Surgery.....	6
Digestive Apparatus	6
Cardiology	6
Cardiovascular Surgery.....	7
General Surgery and Surgery of the Digestive Apparatus.....	7
Oral and Maxillofacial Surgery.....	7
Paediatric Surgery.....	7
Plastic and Restorative Surgery	7
Chest surgery	7
Dermatology and Venereal Diseases.....	7
Endocrinology and Nutrition.....	7
Geriatrics.....	7
Gynaecology and Obstetrics.....	7
Haematology and Haemotherapy	8
Internal Medicine	8
Nephrology	8
Neonatology	8
Pneumology.....	8
Neurosurgery.....	8
Neurology.....	8
Ophthalmology	8
Medical Oncology.....	8
Radiation Oncology	9
Otorhinolaryngology.....	9
Psychiatry.....	9
Rheumatology	9

Orthopaedic and Traumatological Surgery	9
Urology	9
Pain treatment	9
Complementary diagnostic resources	9
Clinical Analyses	9
Pathological Anatomy	9
Clinical Neurophysiology.....	10
Nuclear Medicine	10
Radiodiagnosis	10
Special treatments.....	11
Aerosol therapy, Oxygen therapy and Ventilation therapy	11
Physiotherapy and Rehabilitation.....	11
Phoniatriy and Speech Therapy	11
Medical-Surgical Hospitalization.....	11
Expenses caused due to staying in hospital	11
Hospital medical services	11
Expenses for medical fees	11
Psychiatric Hospitalization Expenses	11
Hospitalization Expenses in an Intensive Monitoring Unit or Intensive Care Unit (ICU)	11
Day Hospital expenses.....	11
Intra-operative electrophysiological monitoring	11
Cover for maternity and newborn infants	12
Obstetrics	12
Vaginal or Caesarean delivery	12
Preparation for childbirth	12
Newborn infants	12
Other Healthcare Services.....	12
Ambulance.....	12
Podiatry	12
Cigna 24H Medical Guidance hotline.....	12
Prostheses and Implants	12
Transplants	12
AIDS	12
Second Medical Opinion.....	13
Psychological Guidance Service	13
Medical Assistance when travelling abroad.....	13
Guarantees covered	13
Medical, pharmaceutical or hospital expenses abroad.....	13
Emergency dental expenses while abroad	13

Transport by ambulance or medical repatriation	13	Duration of the Contract	20
Sending a specialist	14	Subrogation	20
Sending of medicinal substances	14	Limitation of legal action.....	20
Remote medical consultation or advice	14	Communications	20
Administrative steps for hospitalization.....	14	DUTIES AND OBLIGATIONS OF THE INSURED	20
Expenses for the return of persons accompanying the insured.....	14	Premiums	20
Return of minors	14	Collaboration in processing	21
Early return.....	14	Taxes and Surcharges	21
Transportation or repatriation of mortal remains	14	OBLIGATIONS OF THE INSURER	21
Person accompanying mortal remains	14	Provision of Cover	21
Expenses of the person accompanying the mortal remains.....	14	Information to the Policyholder.....	22
Return of the persons accompanying the deceased	15	Personal Data Protection.....	22
Procedural bonds and expenses.....	15	COMPLAINTS.....	23
Travel information service	15	EXPRESS ACCEPTANCE. ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF INFORMATION	23
Healthcare information service	15	CIGNA SALUD PLENA INCLUDES, IN ADDITION, THE FOLLOWING COVER, WAITING PERIODS AND EXCLUSIONS:	
Transmission of urgent messages.....	15	COVER UNDER THE INSURANCE	24
Sending items forgotten during the trip.....	15	Primary Medical Assistance	24
Return expenses on hospital discharge.....	15	Gynaecology and Obstetrics	24
Exclusions.....	15	Urology	24
Limits of the guarantees.....	16	Clinical Analyses	24
Territorial scope	16	Pathological Anatomy	24
Processing of claims.....	16	Medical and Surgical Hospitalization	24
Preventive Medicine	16	Contracted Medical Services at Hospitals	24
Digestive Apparatus	16	Ambulance	24
Cardiology	16	Transplants	24
Gynaecology	16	Clinical Psychology	24
Paediatrics	17	Pharmaceutical expenses	25
Urology	17	WAITING PERIODS.....	25
Odontology.....	17	Maternity	25
Cover for serious or complex cases (Case Management / Clinical Follow-Up Unit)	17	Hospitalization and/or surgery.....	25
WAITING PERIODS	17	Ligation of Fallopian Tubesand Vasectomy	25
Vaginal or Caesarean delivery.....	17		
Hospitalization and/or Surgery	18		
Trasplantes.....	18		
EXCLUSIONS.....	18		
THE INSURANCE CONTRACT	19		
Documentation and Formalization of the Insurance Contract and Duty to provide information.....	19		
Conditions for Inclusion in the insurance.....	19		

GENERAL TERMS AND CONDITIONS

CIGNA'S HEALTH INSURANCE

LEGAL INFORMATION ABOUT THE INSURER

"Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España", with its registered office in Pozuelo de Alarcón (28223 Madrid) at Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo 1, Building 14, Ground Floor (hereinafter Cigna).

Entered on the Madrid Companies' Registry in Volume 809, Sheet 205, Section 8, Page M 11,184; Tax ID card nº N 0021205 J.

Registered with the Directorate-General for Insurance and Pension Funds under number E0133.

"Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España" is the Spanish branch of "Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV", a privately-held limited liability company incorporated under Belgian law with its registered office in Belgium at Avenue Cortenbergh 52, Brussels. This entity is subject to the oversight of the National Bank of Belgium and it is also subject to the said regulator, as an insurance entity operating in Spain under the regime for the right to establishment, for matters relating to liquidation.

The present contract is governed by the provisions contained in the Insurance Contract Act Law 50 dated October 8th, 1980) (hereinafter the "Insurance Contract Act") la Policy. The present General Conditions shall be applicable to all Healthcare insurance contracts, without prejudice to the applicable Particular Conditions and Special Conditions, if any. In the event of any discrepancy between the General, Particular and Special Conditions, the applicable Special Conditions shall prevail over the Particular Conditions, and the latter over the General Conditions.

DEFINITIONS

For the purposes of the present Healthcare insurance contract, the following definitions shall apply:

- › **Accident.** Bodily injury suffered during the validity of the Policy as a consequence of a violent, sudden, external cause outside the control or intention of the Insured.
- › **Cardiovascular diseases and the lesions related with such conditions will not be considered as Accidents.**
- › **Medical act** Service rendered by a healthcare specialist or professional legally licensed for the purpose, in the exercise of their profession, at a Healthcare Centre or hospital or at the patient's home.
- › **Anti-neoplastic (or cytostatic) drug.** Substances preventing the development, growth, or proliferation of malignant tumour cells catalogued as such in the Vademecum.
- › **Insured.** The natural person resident in Spain to whom the rights deriving out of the contract correspond and who, in the absence of the Policyholder, personally assumes the obligations arising out of the present contract.
- › **Dependent Insured.** Spouse or Life Partner of the Main Insured, and/or the children of the Main Insured or of the Spouse or Life Partner.
- › **Main Insured.** The Insured party personally assuming the obligations of the policy in the absence of the Policyholder.
- › **Insurer or Insurance Entity.** Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, which assumes the risk agreed in the contract.
- › **Ambulatory assistance.** This is the diagnostic and/or therapeutic medical assistance provided under an outpatient regime at the Healthcare Centre, at the patient's home, and/or at a hospital without any overnight stay, and generating a stay lasting less than 24 hours. **Major out-patient surgery is not included in this concept.**
- › **Hospital assistance.** That provided at a Hospital under an admission regime during a minimum of 24 hours for the Insured's medical or surgical treatment.

- › **Healthcare Assistance.** The medical acts included in the benefits of the Policy.

Healthcare Assistance may be provided at a Hospital (with or without admission) or else at Healthcare Centres or at the Insured's home.

- › **Assistance and/or Hospitalization for social reasons.** Assistance and/or hospitalization for reasons not related to objective medical pathologies but rather due to issues of a social and/or family nature.
- › **Waiting period.** Period of time counted from the date that cover under the Policy begins during which certain items of cover are not effective.
- › **Psychiatric Day-care Centre.** Any health establishment, whether public or private, legally authorized to treat nutritional disorders on a day care basis and staffed with at least one psychiatrist and one psychologist. For the purpose of this policy, the following establishments shall not be considered as Psychiatric Day-care Centres: convalescent homes, spas, clubs or associations of patients, centres mainly providing treatment for chronic diseases or behaviour therapy, and addiction treatment centres.
- › **Healthcare Centre or Medical Centre.** Facility equipped with technical resources at which qualified healthcare specialists and professionals holding an official qualification or professional licence conduct healthcare activities. Healthcare Centres may comprise one or more healthcare services making up their healthcare offering.

The Healthcare Centre must hold the mandatory administrative authorization in force and must be entered on the register of Healthcare Centres, Services and Establishments of the corresponding regional government.

- › **Check-up.** Medical tests or visits performed to check the individuals' general state of health
- › **Complex orthopaedic surgery.** Surgery referring to disorders in the locomotive apparatus, their muscular, bone or joint parts and the acute, chronic, traumatic, and recurrent lesions in the same requiring advanced technology and specialized surgeons trained in the most advanced surgical techniques.
- › **Consultation.** Assistance provided in person at a Healthcare Centre or Hospital Centre by the healthcare specialist or professional legally qualified for the purpose to the Insured for the purposes of diagnosing and/or treating an Illness or Lesion.
- › **Scientific community.** Group of experts (public or private health institutions, professional societies, panels of experts and even professional groups, whether national, regional or local) in certain pathologies which aim is to review, assess and reach a consensus on the

most relevant and current aspects regarding diagnosis, monitoring and treatment of such pathology, in order to make decisions in clinical practice

- › **Co payment.** Predetermined amount for each medical act assumed by the Policyholder and/or Insured as a contribution to the cost of the service, depending on the type of insurance contracted and in accordance with the terms and conditions agreed in the Policy and not subject to reimbursement by the Insurer.
- › **Health Questionnaire.** A form with questions provided by Cigna to the Policyholder and/or Insured for the purposes of determining their health status and understanding the circumstances that might influence the assessment of the risk and the contracting of the insurance.
- › **Illness or lesion.** All involuntary alterations in health status diagnosed and confirmed by a Physician and requiring Healthcare Assistance.
- › **Congenital Illness.** Any illness existing at the moment of birth as a consequence of hereditary factors or impacts acquired during pregnancy up to the very moment of birth.

These conditions may be manifested and recognized immediately after birth or may be discovered later during any period of the Insured's life.

- › **Serious Illnesses.** For the purposes of this policy, those described in paragraph two of Article 2.9.7.
- › **Pre-existing Illness or Lesion.** That beginning prior to the moment of the initial inclusion on the Healthcare Assistance insurance, where the symptoms and/or signs are known by the Insured or a legal representative, if appropriate, regardless of the existence of a medical diagnosis, when completing the Health Questionnaire prior to the acceptance and contracting of the Policy.
- › **Specialist.** Practising physician who has received specific training as a specialist in a branch of medicine or surgery recognized by the Healthcare Authorities of the country where the activity is practised, allowing the exercise of that branch of medicine or surgery, and having a medical office connected with that discipline.
- › **Standard Room.** Hospital Room with a single space. Suites or rooms with an anteroom are not considered to be Standard.
- › **Medical fees.** Amount corresponding to the professional services provided by healthcare specialists and professionals.

For the purposes of this policy, medical and surgical fees include those of the surgeon, the assistants, anaesthetists, midwives and medical personnel required in the medical procedure or assistance provided.

- › **Hospital.** All public or private establishment legally authorized for the treatment of illnesses or lesions, equipped with round-the-clock medical presence and the necessary resources to reach diagnoses and perform surgical procedures and with the possibility of admission for more than 24 hours.

For the purposes of this Policy, hotels, asylums, rest homes, spas, facilities devoted mainly to the treatment of chronic illnesses or behavioural therapy centres are not considered to be Hospitals, nor are establishments for the treatment of alcoholism or drug addiction.

- › **Hospitalization.** Admission (voluntary or involuntary) of the Insured into a Hospital for a minimum of 24 hours as a consequence of an Illness or Accident, under the care and attention of a Physician.
- › **Day Care.** This implies registration as a patient at those healthcare units of a Hospital specifically denominated as such for a period of less than 24 hours, with the patient spending the night at his or her own home.
- › **Implant.** Medical device designed to be inserted in full or in part into the human body through a surgical procedure or a special technique, for diagnostic, therapeutic and/ or aesthetic purposes, and intended to remain there after the said procedure.
- › **Inter-consultation.** Consultation made during the hospital admission to a specialist other than the one responsible for admission.
- › **Surgical procedure / Surgery.** All operations for diagnostic or therapeutic purposes performed by means of an incision or other internal approach route, carried out by a surgeon or surgical team and normally requiring the use of an operating room in an authorized Hospital or Healthcare Centre. All surgical operations must be included within one of the Groups established or in the equivalent in the Classification of the Spanish Organization of Regional Medical Associations ("Organización Médico Colegial", OMC).
- › **Orthopaedic material.** Medical devices for external use applied to correct or avoid alterations in the human body.
- › **Aesthetic Medicine.** Medicine which purpose is the restoration, maintenance and promotion of aesthetic appearance and beauty, aimed at solving defects that have no clinical impact on the individual's health or derive from physiological ageing
- › **Complementary diagnostic resources.** Tests necessary for the achievement of a clinical diagnosis and classified as such within the Nomenclature of the OMC.
- › **Physician.** Doctor, graduate or holder of a master's diploma in medicine legally qualified and authorized to treat Illnesses or Lesions medically or surgically in the place where he or she is practising.

- › **Acute Pathology.** That appearing suddenly, limited in time (6 months) and requiring prompt treatment.
- › **Chronic Pathology.** In rehabilitation treatment, a chronic pathology is considered to be that in which there is no expectation of any absolute recovery through rehabilitation techniques, but rather the stabilization of the clinical situation.
- › **Exacerbated Chronic Pathology.** Chronic pathology presenting later as acute again.
- › **Pelvic Floor Pathology.** A pathology derived from the organs kept by the pelvic floor (vagina-uterus and bladder), to the extent that the weakness or dysfunction of the pelvic floor muscles causes a bad position of the aforementioned organs, causing prolapse, and alters urinary continence.
- › **Policy.** This is the insurance contract. It is a document containing the conditions regulating the insurance contract and comprises the General Conditions, the Particular Conditions and the Special Conditions, the insurance application form and the Health Questionnaire, as well as the supplements, appendices or riders issued.
- › **Premium.** Price of the insurance. It will include the taxes and surcharges that are legally applicable. The insurance premium is annual, even when their payment is split into instalments.
- › **Healthcare professional.** A licensed professional with skills and knowledge specific for the care of people's health, organized by means of official professional associations and holding the corresponding official qualification expressly empowering them to do so.
- › **Prosthesis.** Artificial replacement that, when implemented temporarily or permanently by means of a special operating procedure, replaces an organ or bodily tissue or complements its physiological function.
- › **Genetic Test.** This is a type of medical test that identifies genetic changes and is intended for the diagnosis and the prescription or modification of an effective treatment of illnesses in affected or symptomatic patients.
- › **Psychotherapy.** Treatment method applied to a person suffering a mental conflict on the indications or prescription of a psychiatrist.
- › **Radiation Therapy.** Treatment based on the application of ionizing radiation, which includes gamma ray, alpha particles, electrons and photons
- › **Contracted Medical Services (or Cigna Medical Staff).** Group of health specialists, healthcare professionals, Healthcare Centres and Hospitals contracted by Cigna in Spain, as reflected on the web site and in force at the moment the service is provided.

- › **Claim.** All circumstances whose consequences are covered by the guarantees included in the policy. The set of services deriving from the same cause, taken as a whole, constitute a single Claim.
- › **Sum insured.** The maximum limit of the compensation to be paid by the Insurer in each case. The amount of the Sum Insured for each guarantee contracted will be reflected in the Special Conditions (Plan) of the policy.
- › **Maintenance therapy.** Treatment aimed at avoiding any relapse in a pathology after the maximum degree of functional recovery has been achieved.
- › **Policyholder.** The natural or legal person contracting the insurance on their own account or on behalf of others and who is responsible for the obligations and duties arising from the same, except for those that, by their nature, must be fulfilled by the Insured. If the Policyholder is also the Insured, he or she will be considered to be the Main Insured.
- › **Emergency.** Situation of the Insured requiring the immediate provision of medical assistance. This assistance may be rendered either at the Insured's home or in a Hospital or Healthcare Centre equipped with an emergency service.
- › **Life-threatening Emergency.** Urgent and immediate need to receive Healthcare Assistance without which the life of the Insured would be endangered or irreparable harm would result for his or her physical integrity.

ARTICLE 1. PURPOSE

Within the limits and conditions established in the policy and the term for its duration, Cigna assumes the undertaking to provide the Insured with Healthcare Assistance in all kinds of illnesses or lesions included in the specialities in the descriptions of the cover offered under the Policy, following collection of the premium and with the waivers applicable in each case.

Cigna will not provide any cover that has not been expressly contracted and that is therefore not listed in and/or specified in the Policy.

The cover provided under the Policy is valid and rendered solely and exclusively in Spain and through the format of Medical Services Contracted by Cigna, except where the type of cover in question foresees otherwise.

In no case shall Cigna reimburse fees for professionals and other Contracted Medical Services paid directly by the Insured, nor the Fees and/or other medical expenses derived from the Healthcare Assistance provided by Professionals and Hospitals not included in the Contracted Medical Services.

Nor will compensation be given in cash instead of the cover as contracted and provided under the Contracted Medical Services.

ARTICLE 2. INSURANCE COVER

2.1 Ambulatory Emergencies and Hospital Emergencies.

2.2 Primary medical assistance.

This covers general medicine and paediatrics for patients up to 16 years of age, at both Healthcare Centres and at home, when it is not possible to travel to the centre for medical reasons.

2.3 Nursing or Nursing Services.

The assistance provided by qualified nursing personnel, at the office / medical centre or at the patient's home is guaranteed **when prescribed by a physician**.

2.4 Specialities.

The consultations, diagnostic tests and treatments performed under the cover contracted, whether at a medical centre or a hospital are covered in the following specialities.

2.4.1 Allergology and Immunology.

Vaccines and food intolerance tests are not included.

2.4.2 Anaesthesiology and Resuscitation.

2.4.3 Angiology and Vascular Surgery.

Techniques using surgical laser for peripheral vascular surgery are included.

Treatments for aesthetic purposes are excluded.

2.4.4 Digestive Apparatus.

FibroScan for the assessment of hepatic fibrosis and diagnostic or therapeutic digestive endoscopies (including sedation if required) is included.

Mucosectomy, Endoscopic Sub-Mucosal Dissection as well as Echoendoscopy are included.

Capsular and virtual endoscopy are excluded.

2.4.5 Cardiology

Echocardiograms, Holter tests, ergometrics, electrophysiological and haemodynamic studies are included, as is cardiac rehabilitation after suffering an acute myocardial infarction or coronary heart surgery.

24.6 Cardiovascular Surgery.

24.7 General Surgery and Surgery of the Digestive Apparatus.

Laser techniques are included in proctology.

24.8 Oral and Maxillofacial Surgery.

Procedures derived from a dental pathology are excluded, except for the extraction of wisdom teeth which are included, as are pre-prosthetic operations and treatments in the speciality of odontology, aesthetic treatments, as well as prior and subsequent medical assistance required in connection with any of these procedures or treatments.

24.9 Paediatric Surgery.

24.10 Plastic and Restorative Surgery

necessary to eliminate the sequelae of an Illness or Lesion covered by the Policy or derived from a surgical procedure also guaranteed under the Policy and that occurred during its validity.

Surgery for aesthetic purposes is excluded except for breast reconstruction following radical mastectomy due to an oncological process, including, where applicable, the breast prosthesis and skin expanders, as well as prophylactic mastectomies covered by the present Policy (article 2.9.10).

24.11 Chest surgery.

24.12 Dermatology and Venereal Diseases.

One digital dermatoscopy (epiluminiscence) per insured and year, solely and exclusively at Contracted Medical Services designated for the purpose by Cigna, is included for the early diagnosis of melanoma, when justified by at least one of the following indications:

> Multiple atypical nevi (> 50).

> Familial dysplastic nevus syndrome.

> Personal or family history (in the first and second degree) of diagnosed melanoma.

> Carriers of genetic mutations associated with the development of melanoma.

The treatment of actinic lesions on the skin and dermatocosmetic treatments are excluded.

24.13 Endocrinology and Nutrition.

Dietary treatments are excluded unless they have been prescribed by a specialist in connection with an illness covered by the Policy.

24.14 Geriatrics.

24.15 Gynaecology and Obstetrics.

Gynaecological laser is included for the treatment of lesions in the uterine cervix and for genital warts **solely and exclusively at the Contracted Medical Services designated for the purpose by Cigna.**

The diagnosis of infertility and sterility is included. **Genetic studies are not considered to be diagnostic for infertility and sterility, except for peripheral blood karyotype. Treatments intended to resolve sterility problems and tests related to these treatments are excluded.**

Gynaecological laser is excluded in cases of urinary incontinence, genital rejuvenation and in any other aesthetic pathology.

Family planning. This benefit covers the implanting of an IUD contraceptive method **but not the cost of the device which is for the expense of the Insured**, the ligation of Fallopian tubes and vasectomy.

The following gynaecological tests are included

> Amnisure Test for the detection of premature bursting of membranes.

> One (1) 3D or 4D ultrasound scan per pregnancy.

> **Amniocentesis is only covered in the following cases:**

1. Risk of foetal chromosomal anomaly:

a) Advanced age of the mother (35 years old and above).

b) Foetal chromosomopathy in a prior pregnancy.

c) Structural chromosomal anomaly or mosaicism in a parent.

d) Ultrasound foetal anomaly or data suggesting aneuploidy.

e) Aneuploidy markers in maternal serum.

2. Risk of gender-related genetic disorder.

3. Risk of congenital metabolic disorder.

4. Risk of defect in the neural tube:

- a) Alpha-fetoprotein.
- b) Acetylcholinesterase.

5. Risk of foetal infection.

> ONCOTECT for the early diagnosis of human papilloma virus (HPV).

>**Non-invasive prenatal diagnostic test (NEOBONA), with prior authorization from the Company, at the Contracted Medical Services designated for the purpose by Cigna in pregnant women accrediting at least one of the following conditions:**

- a) Foetal ultrasound findings indicating an increase in the risk of aneuploidy.
- b) Prior history of a pregnancy with trisomy.
- c) Positive result in any of the subsequent tests for aneuploidy. First-trimester Screening, sequential screening or integrated screening (quadruple test)

24.16 Haematology and Haemotherapy.

24.17 Internal Medicine.

24.18 Nephrology.

The treatment of reversible acute renal insufficiencies with dialysis and artificial kidney is included, as well as any exacerbation of chronic processes.

24.19 Neonatology.

24.20 Pneumology.

Spirometries, Endoscopies and Echobronchoscopies are included.

24.21 Neurosurgery.

Neuronavigation is included **solely and exclusively in cases of intracranial surgery, surgery for intramedullary tumours and scoliosis of more than 20 degrees, with the limits established in the Policy.**

24.22 Neurology.

24.23 Ophthalmology.

Photocoagulation, campimetry, fluorescein angiographic and retinographic techniques, as well as endothelial counting are included **for studies prior to cataract surgery.**

Refractive surgery is excluded for the correction of shortsightedness, long-sightedness, astigmatism and any other refractive ocular pathology.

2.4.24. Medical Oncology.

Therapeutic targets are included.

"Oncotype" genetic profiling is included in recently operated cases of breast cancer without lymph node involvement, with a tumour size larger than 1 cm and less than 5 cm, positive for oestrogen receptor (OR) and negative for human epidermal growth factor receptor 2 (HER2), provided that there are no contraindications for receiving systemic chemotherapy.

BRCA 1 and 2 tests at the Contracted Medical Services designated for the purpose by Cigna are included, with prior authorization by the Company, in the following cases:

- a) Insured with a diagnosis of breast, ovarian or prostate cancer after January 1st, 2017.
- b) Insured without a personal history of breast, ovarian or prostate cancer when any of the following conditions is met:
 - 2 or more 1st or 2nd degree family members, less than 50 years old, affected by breast cancer.
 - 2 or more 1st or 2nd degree family members affected by ovarian cancer at any age.
 - 2 or more 1st or 2nd degree family members affected by prostate cancer at any age.
 - 2 or more 1st or 2nd degree family members, less than 50 years old, affected by breast, ovarian or prostate cancer at any age.

Cigna will request such medical documentation as may be considered essential to accredit the fulfilment of the previous conditions, as well as to be able to authorize BRCA 1 and 2 tests, with the power to decline cover if the documentation required is not provided.

The Tumoral DNA Diagnostic Test is included for malignant solid tumours classified as Carcinoma of Unknown Primary Origin, when its aetiological diagnosis has not been possible through habitual tests, and for advanced lung carcinoma where no liquid biopsy has been performed. Subject to **prescription by a qualified professional and limited to one test per Insured and year. Following authorization, tests must be carried out through the Service Provider chosen by Cigna at the Contracted Centres designated by the Company for the purpose.**

PARENTERAL ANTI-NEOPLASTIC CHEMOTHERAPY MEDICATION IS INCLUDED AND SO ARE THOSE PALLIATIVE MEDICINAL

products without any anti-tumoral effect administered simultaneously in the same treatment session to prevent adverse side effects and/or control symptoms. Treatment will be dispensed either through a hospital-ization regime or at a day hospital and always in accordance with the technical information sheet corresponding to each medicinal product and the international protocols established.

Genetic testing for the risk of hereditary gastrointestinal cancer is included in any of the following indications:

- Gastrointestinal cancer before 50 years of age.
- Multiple cancers in an individual.
- > 3 members of a family with gastrointestinal cancer and other related tumours (uterine and ovarian cancer).
- > 10 gastrointestinal polyps over a lifetime
- Family history of hereditary colorectal cancer syndromes.

With prior authorization from the Company, at the Pre-Arranged Medical Services designated by Cigna for the purpose.

Growth factors, EPO and modulators are excluded.

2.4.25 Radiation Oncology

Except for combined radiotherapy, which is excluded, radiotherapy, cobalt therapy, intra-operative radiotherapy, and radiosurgery are included for the treatment of intracranial tumours and metastases (stereotactic radiosurgery).

2.4.26 Otorhinolaryngology.

The following surgical techniques are included:

> Surgical laser used in ENT surgery for the reduction of tonsils, turbine surgery, SAS surgery and laryngeal microsurgery, **solely and exclusively at the Contracted Medical Services designated for the purpose by Cigna.**

> Radiofrequency.

Endoscopies and vestibular testing are included.

2.4.27 Psychiatry.

Psychotherapeutic treatment, **under psychiatric day-care centre regime**, is included in patients with nutritional disorders, should any other previous treatment have failed, with disorder being understood as anorexia and bulimia nervosa. Prior prescription by a Psychiatrist is required and treatment will be provided through the medical services contracted by the company with the limits established in the policy.

Psychiatric day-care centre cover does not include nutritional disorders presenting any of the following conditions or disorders: be underage, personality disorder or drug consumption.

Psychoanalysis, hypnosis, individual or group psychotherapy, psychological tests, treatments for narcolepsy and/or similar therapies, as well as educational therapy or special education in patients with mental problems are excluded.

2.4.28 Rheumatology.

2.4.29 Orthopaedic and Traumatological Surgery.

Neuronavigation is included solely and exclusively in cases of **surgery for intramedullary tumors and scoliosis of more than 20 degrees, with the limits established in the Policy.**

2.4.30 Urology.

Vasectomy, urodynamic studies, flowmetering, and cystoscopies are included, as is extra-corporeal shock-wave lithotripsy **solely and exclusively for the treatment of kidney stones.**

Prostatic vaporization using laser is included in cases of organ-confined benign hyperplasia of the prostate solely and exclusively at centres arranged by Cigna and designated for the purpose as well as the use of laser techniques for treating stones in the kidneys or ureters.

The study and treatment of sexual impotence and treatments intended for or related to sterility problems, as well as healthcare assistance in connection with these treatments, are excluded.

2.4.31 Pain treatment.

Implantable pumps for the perfusion of medicinal substances and medullary stimulation electrodes are excluded.

2.5. Complementary diagnostic resources.

Diagnostic resources are covered when prescribed by a Physician and the use of contrasts is included.

25.1 Clinical Analyses.

Food intolerance tests are excluded.

25.2 Pathological Anatomy.

Immunohistochemical studies are included as is **one Liquid Biopsy per Insured and year, following authorization, through the Service Provider chosen by Cigna and at the Contracted Medical Services designated for the purpose by the Company**, in patients with a diagnosis of advanced lung cancer (**excluding small-cell lung cancer**), where it is not possible to obtain a sample for biopsy or the amount of

the tumour is insufficient for analysis, and no Tumoral DNA Molecular Test has been performed.

2.5.3 Clinical Neurophysiology.

Polysomnograms and polygraphic studies and monitoring at the Insured's home are included **up to a maximum of one study per Insured and year with a duration of not more than 24 hours.**

2.5.4 Nuclear Medicine.

The performance of positron emission tomography (PET-CAT and PET-NMR) studies are included **solely and exclusively for the following oncological pathologies:**

- a) **Characterization of a solitary pulmonary nodule.**
- b) **Detection of tumours of unknown origin.**
- c) **Characterization of pancreatic mass.**
- d) **Head and neck tumours.** For staging, monitoring of response to treatment or detection in the event of a suspected relapse.
- e) **Primary lung cancer.** In the event of staging or detection of a suspected relapse.
- f) **Breast cancer.** For staging and detection of a suspected relapse.
- g) **Cancer of the oesophagus.** Solely and exclusively for staging.
- h) **Carcinoma of the pancreas.** For staging and detection of a suspected relapse.
- i) **Colorectal cancer.** For staging and detection of a suspected relapse.
- j) **Malignant lymphoma.** For staging, monitoring of response to treatment and detection of a suspected relapse.
- k) **Malignant melanoma.** For detection due to suspected relapse and for staging with Breslow > 1.5 mm or metastasis in lymph gland nodules in the initial diagnosis.
- l) **Gliomas with a high degree of malignancy (III or IV).** In the event of detection of a suspected relapse.
- m) **Non-medullary thyroid cancer.** Only for patients with increased serum levels of thyroglobulin and negative for radioactive iodine in a full body scan, in the event of a reasonable suspicion of relapse.
- n) **Ovarian cancer.** For detection in the event of a reasonable suspicion of relapse.
- o) **Cancer of the uterine cervix.** For initial staging, monitoring of response to treatment and detection in the event of a suspected relapse.

- p) **Tumours of the biliary trees.** For initial staging.

- q) **Choline PET** in re-staging of prostate cancer in patients suffering a biochemical relapse
- r) **PET with Gallium 68** for the staging of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumours.

Furthermore, the performance of a **PET-CAT scan in epilepsy resisting medical treatment** is covered. In accordance with the criteria of the Spanish Neurology Society, epilepsy is considered to be resistant when it has not been possible to control crises following appropriate treatment with two well- tolerated anti-epileptic drugs, suitably chosen and prescribed (either as monotherapy or in combination), with lack of control being understood as the emergence of crises in the course of a year or crises suffered over a period of time less than three times the interval between crises presented prior to starting treatment.

2.5.5 Radiodiagnosis.

Habitual techniques are covered, such as:

- a) General radiology.
- b) Ultrasound scans.
- c) Computerized axial tomography (CAT).
- d) NMR (Nuclear magnetic resonance imaging, 3 Tesla NMR, MR Enterography): including sedation in paediatric patients and/or adults with a psychiatric and/or neurological pathology.
- e) Angiography.
- f) Digital arteriography.
- g) Bone densitometry.
- h) Mammography.
- i) Vascular and interventionist radiology.
- j) Coronary CAT angiography for monitoring coronariopathies and to rule out, solely and exclusively, occlusions of aorto-coronary stents and bypasses, in response to one of the following indications:
 - 1. Atypical chest pain in patients without known coronary disease and with:
 - Doubtful or non-conclusive functional tests.
 - Normal functional tests with persistence of symptoms without a clear diagnosis
 - 2. Screening for coronary disease in dilated cardiomyopathy or prior to non-coronary heart surgery.

3. Assessment of patency of the coronary bypass.
4. Assessment of patency of stents greater than 3 mm.
- k) Functional magnetic resonance image of the brain for the planning of brain tumoursurgery.

2.6 Special treatments. The following treatments are covered:

- a) The following treatments are covered **only through the Contracted Medical Services**, in the event of chronic or acute pathology, at a Hospital, Medical Centre, or at home:

- **Aerosol therapy.**
- **Oxygen therapy.** Both the medical act for oxygenation and the oxygen required are included.
- **Ventilation therapy.** Treatment with continuous positive airway pressure (CPAP) or bi-level positive airway pressure (BPAP) is specifically included.

- b) **Physiotherapy and Rehabilitation.** Rehabilitation treatments for acute and/or exacerbated chronic pathologies are covered, as is respiratory rehabilitation in acute processes and pelvic floor rehabilitation, at a Hospital or Medical Centre, performed by a physiotherapist and/or a rehabilitation physician, resulting from an Illness or Accident covered by the Policy, **and when prescribed by a healthcare professional**, with the limits established in the Policy.

Shock-wave lithotripsy of the muscle and bone structure is included, with a maximum of three (3) sessions per process, when prescribed by an orthopaedic surgeon or qualified rehabilitation practitioner, with prior authorization by the Company and exclusively at the Contracted Medical Services designated for the purpose by Cigna, for the treatment of the following pathologies: calcifying tendinitis of the shoulder, calcifications in the entesopathies in the elbows, kneecaps, heels and the calcaneal spur.

Devices using laser in rehabilitation of the muscle and skeletal system are included in accordance with the limits established in the Policy.

Treatments for learning, acquisition of skills or early stimulation and maintenance therapies are excluded.

- c) **Phoniatri and Speech Therapy.** Sessions given by a legally qualified phoniatrist and/or speech therapist are covered in accordance with the limits established in the Policy.

Speech therapy treatment is excluded if it is not to reestablish speech capacity or if:

- It is used to improve speech abilities that have not been completely developed.
- It can be considered as a tutorial or educational.
- It is carried out to maintain the communicative capacity of speech.

2.7 Medical-Surgical Hospitalization.

The expenses detailed below are covered in the event of hospitalization prescribed by a legally qualified Physician or Specialist (whether or not part of the Contracted Medical Services):

- a) **Expenses caused due to staying in hospital.** Use of a Standard Room and/or Day Hospital and maintenance of the Insured admitted to hospital as well as a bed for the person accompanying the same (if any), up to the daily quantitative limit established for the purpose in the Policy.

Hospital expenses for the use of telephones, television, maintenance of the person accompanying the Insured and other services not directly related to the treatment of the Illness or Accident are excluded, as well as those derived from admissions that are not medically necessary.

- b) **Hospital medical services.** use of operating room, material, medicinal substances (both in the operating room and those supplied during Hospitalization), anaesthesia, resuscitation and/or any other medical services providing during Hospitalization up to the daily quantitative limit established for the purpose in the Policy.

- c) **Expenses for medical fees.** Fees of specialists, assistants and anaesthetists involved.

- d) **Psychiatric Hospitalization Expenses: on prescription,** up to the maximum number of days per Insured and year established in the Policy.

- e) **Hospitalization Expenses in an Intensive Monitoring Unit or Intensive Care Unit (ICU),** with the limits established in the Policy.

- f) **Day Hospital expenses.** These expenses are included on the same conditions and with identical exclusions as the expenses foreseen in letters a), b) and c) of this article **2.7. The limits established for hospital stays and hospital medical expenses shall apply.**

- g) **Intra-operative electrophysiological monitoring** in intracranial procedures, in surgery of the parotid and thyroid glands and in surgery of the spine with involvement of the medulla or nerve roots, all confirmed using imaging techniques or electromyogram, **solely and exclusively at Contracted Medical Services designated by Cigna.**

2.8 Cover for maternity and newborn infants.

2.8.1 Obstetrics.

2.8.2 Vaginal or Caesarean delivery.

2.8.3 Preparation for childbirth.

Pre-delivery preparatory courses in accordance with the limits established in the Policy.

2.8.4 Newborn infants.

Provided delivery is covered, the hospital and medical expenses caused in connection with newborn infants are covered while they remain without interruption in the Hospital where the birth took place, **with the limits and exclusions established in the Policy and up to a maximum of seven (7) days of Hospitalization.**

Medical assistance and the expenses derived from childbirth outside a Hospital are excluded.

2.9 Other Healthcare Services.

2.9.1 Ambulance.

Land-based ambulance services are covered for transportation to a Hospital, or from a Hospital to the Insured's home, **if prescribed by a Physician (on clinical grounds and provided that it cannot be done by any other means), in accordance with the limits established in the Policy.** These limits shall not apply when transportation by ambulance is necessary and if the failure to provide it immediately endangers the life of the Insured or leads to irreparable harm for his or her physical integrity or health.

Transportation services related to rehabilitation treatments and the performance of diagnostic tests or consultations under an out-patient regime are excluded.

2.9.2 Podiatry.

Consultations, surgery for ingrowing toenails and podiatric treatment of papilloma are included with the limits established in the Policy.

2.9.3 Cigna 24H Medical Guidance hotline.

Is offered on the telephone number indicated for this purpose by the Insurer.

2.9.4 Prostheses and Implants.

The following prostheses are covered in accordance with the limits established in the Policy:

1. Heart valves.
2. Pacemakers(**with the exclusion of any kind of defibrillator**).

3. Hip prosthesis.

4. Vascular prostheses
Bypass;
Stent;
Coils: only in case of intracranial embolization, pelvic varicose veins and varicoceles
5. Internal orthopaedic prostheses and osteosynthesis material.
6. In surgery for cataracts, monofocal intraocular lenses are covered.
7. Breast prostheses following radical mastectomy for an oncological process and following prophylactic mastectomy in accordance with the provisions contained in articles 2.4.10 and 2.9.10.
8. Surgical meshes for the repair of defects in the abdominal wall and urological meshes.
9. Implantable Port-a-cath reservoirs in oncological treatments.
10. Digestive prostheses: oesophageal, hepatobiliary and colorectal, **solely and exclusively in oncological processes.**
11. Biological dura mater meshes for the replacement of the dura mater in intracranial or spinal surgery for tumours, and replacement of the pericardium in cardiac surgery.
12. Testicular prostheses.
13. Hydrocephalus valve in shunts of Cerebrospinal Fluid (CSF).
14. Biological ligaments: biological ligaments from bone banks are covered **exclusively in knee ligament surgeries.**
15. **Otorhinolaryngology. Teflon tympanum drainages are covered.**

Orthopaedic material is excluded, i.e. orthopaedic apparatuses in general (wheelchairs, orthopaedic beds, corsets, neck braces and supporting canes), as well as any other material not explicitly reflected in the present General Conditions.

Surgical operations are excluded if intended for the implantation or replacement of a prosthesis that is not covered.

2.9.5 Transplants.

Hospital and medical expenses derived from the performance of transplants for organs, tissues, cells or cellular components are covered in accordance with the limits per Insured and year established in the Policy.

The organs, tissues, cells or cellular components used in the transplant and their transportation are excluded.

2.9.6 AIDS.

This benefit covers the expenses derived from the treatment of the Illnesses or Lesions arising as a result of the Insured suffering Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), **with the limit established in the Policy.**

2.9.7 Second Medical Opinion.

In the case of Serious Illnesses indicated in the following paragraph, the assessment by renowned Specialists, contacted through a Provider chosen by the Company, of the diagnosis and/or medical treatment of the Insured in connection with said Illnesses is covered. For this benefit to be provided, the Insured must complete the forms provided and, where appropriate, deliver such medical information and/or documentation as may be required. The Insured will obtain a report, through the said service provider, containing a second medical opinion from one or more Specialists with no ties whatsoever to the Insurer.

The illnesses with respect to which a second medical opinion may be requested are as follows: oncology, cardiac diseases (including cardiac surgery and angioplasty), organ transplant, neurological and neurosurgical diseases (including Cerebrovascular Accidents), complex orthopaedic surgery, degenerative diseases and demyelinising diseases of the nervous system and Illnesses and suffering derived from renal insufficiency.

In those cases where, after receiving the Second Medical Opinion, the Insured wishes to travel abroad to receive treatment, information about support services can be obtained by calling the insurance company, although this does not mean that medical assistance will be guaranteed while abroad; this will only be covered when so specifically stated in the Policy and always on the terms and conditions agreed.

2.9.8 Psychological Guidance Service

The Psychological Guidance Service offered is included via the telephone number and with the timetable indicated for the purpose by el Insurer and via on-line consultations.

2.9.9 Medical Assistance when travelling abroad.

Healthcare Assistance is covered during temporary travel outside Spanish territory **for periods of less than 90 consecutive days**, on the terms and conditions detailed in the regulation of the Travel Assistance Guarantee. In order to receive this Assistance, a telephone call must first be made to the telephone number indicated for the purpose by the Insurer.

The terms and conditions covered under the guarantee for "Medical Assistance While Travelling Abroad" during temporary trips abroad for periods of less than 90 consecutive days are as follows:

STIPULATION ONE: GUARANTEES COVERED

>Guarantee one: medical, pharmaceutical or hospital expenses abroad

The Insurer assumes the expenses and medical fees for Consultations or treatment of the Insured, including surgical and pharmaceutical expenses, in the event of Illness or Accident covered by the Policy, provided that the Company's agreement has been requested in advance in accordance with the provisions contained in the steps to be followed in the event of a Claim (Stipulation FIVE).

Should the Physician of the Insurer, or of the Reinsurer, if any, covering this benefit, by agreement with the Physician attending the Insured, determine the need for the Insured to be hospitalized, the Insurer will take charge of the expenses for the Insured's transportation to the Hospital, the stay thereat and the healthcare services necessary to cure the Insured, including pharmaceutical expenses up to the limit of 20,000 euros per Claim and Insured.

>Guarantee two: emergency dental expenses while abroad

In the case of a trip abroad, the Insurer will take charge of treatment expenses as a consequence of the onset of acute dental problems such as infections, toothache, broken teeth, filling falling out, etc. requiring emergency treatment, up to the limit of 300 euros per Claim and Insured.

>Guarantee three: transport by ambulance or medical repatriation

The Insurer will proceed with transport to a Hospital in Spain, providing medical or healthcare attention where necessary, for any Insured who has suffered an Accident or Serious Illness requiring life-saving care, and provided that this is so decided by the Insurer's medical services in collaboration with the Physician treating the Insured, when the Insured is unable to continue the journey by his or her own means.

Transportation by ambulance will be effected in the most suitable means having regard for the state of the patient or accident victim, as well as for the other considerations of a healthcare nature and the availability of resources. In any case, an air ambulance will only be used in Europe and countries bordering the Mediterranean.

In the event of benign impacts or minor injuries that do not require medical repatriation, the Insurer will take charge of the Insured's transportation in a vehicle or ambulance to the place at which the necessary healthcare can be provided.

>Guarantee four: sending a specialist

If the severity of the Insured's condition does not allow for transportation by ambulance to Spain as provided for in the preceding cover, and if the Healthcare Assistance that can be provided locally is considered not to be sufficiently suitable in the opinion of the Insurer's medical services, the Insurer will send a Specialist to the place where the Insured is located to provide healthcare attention until such time as medical repatriation can proceed.

>Guarantee five: sending of medicinal substances

The Insurer will send medicinal substances of vital interest for the treatment of the Lesions or Serious Illness occurring during the trip abroad where these cannot be obtained at the place where the Insured, patient or accident victim is located. Where the Insurer assumes the medical expenses in accordance with and applying Guarantee One, these expenses shall extend to the cost of the medicinal substances; otherwise, the Insured will only be liable for the price paid by the Insurer for the acquisition of the medicinal substance in question.

>Guarantee six: remote medical consultation or advice

Should the Insured require medical information during the journey and this cannot be obtained locally, it may be requested from the Insurer by telephone. The Insurer will provide the information requested through its assistance call centres, without assuming any liability for the said information, in view of the impossibility of giving a diagnosis telephonically.

>Guarantee seven: administrative steps for hospitalization

The Insurer will collaborate in the handling of any and all administrative steps needed to be taken to formalize the Insured's admission into the Hospital, following a request to the assistance call centre.

>Guarantee eight: expenses for the return of persons accompanying the insured

Where the Insured is hospitalized or transported, because of an Accident or Serious Illness covered by the Policy, and had been travelling with his spouse or Life Partner or direct relatives in the first degree who are unable to continue their trip using the means of transport previously in use, the Insurer will organize and assume the cost of their transportation to the place of origin or their destination, at the choice of the persons accompanying the Insured, using a public means of collective transport, provided that the cost of transporting them to their destination does not exceed the cost of returning home.

>Guarantee nine: return of minors

If the Insured were travelling in the company of children under 18 years of age and these are left without Healthcare Assistance due to an Accident, Illness or the transportation of the person covered by the Policy, making it impossible for them to continue their journey, the Insurer will organize and assume the cost of their return to the family home in Spain, paying the travel expenses of a friend or relative designated by the Insured to accompany them on their return, if necessary.

If the Insured is unable to designate anyone, the Insurer will provide a travelling companion.

In any case, the transportation of the minors and their travel companion will take place in the most suitable public means of collective transport having regard for the circumstances of the case.

>Guarantee ten: early return

If the Insured has to interrupt the planned trip due to the death of a spouse or life partner, parents or offspring in the first degree of consanguinity or affinity of any of the Insured parties, the Insurer will provide a return ticket by rail (first class), air (tourist class) or in the most suitable public means of collective transport in order to reach the place of the deceased relative's place of burial in Spain.

This guarantee extends exceptionally to cases of serious material damage to the family home in Spain.

>Guarantee eleven: transportation or repatriation of mortal remains

If the death of the Insured occurs during a trip covered by the Policy, the Insurer will take charge of the necessary steps and expenses for the transportation of his or her mortal remains to the place of their burial in Spain.

>Guarantee twelve: person accompanying mortal remains

If there is no-one to accompany the mortal remains of the deceased Insured during their transportation, the Insurer will provide the person domiciled in Spain designated by the relatives with a return ticket by rail (first class), air (tourist class) or in the most suitable public means of collective transport in order to accompany the corpse.

>Guarantee thirteen: expenses of the person accompanying the mortal remains

If the preceding cover comes into effect, and if the person accompanying the remains must stay at the

place where the demise occurred due to steps related to the transportation of the Insured's mortal remains, the Insurer will take charge of the board and lodgings expenses up to 60.10 euros per day with a maximum of three (3) days.

>Guarantee fourteen: return of the persons accompanying the deceased

If the deceased Insured had been travelling in the company of his or her spouse or relatives, the Insurer will organize and assume the cost of their return travel in the most suitable public means of collective transport to the family home, provided that they could not continue their journey in the means of locomotion they had been using.

>Guarantee fifteen: procedural bonds and expenses

The Insurer will advance to the Insured, following receipt of a formal guarantee to proceed with the refund of the amounts loaned within the term of sixty (60) days, the amount corresponding to expenses for the legal defence of the Insured, 601.01 euros, as well as the amount of any criminal bonds the Insured may be obliged to establish as a consequence of judicial proceedings followed on account of an traffic accident occurring outside the country of residence and/or habitual domicile of the Insured, up to a maximum of 6,010.12 euros.

>Guarantee sixteen: travel information service

The Insurer will furnish the Insured with basic information by telephone about the issue of passports, visas required, recommended or obligatory vaccinations, currency exchange rates, Spanish consulates and embassies around the world and, in general, useful information for travellers, both prior to the start of a journey or after it has begun.

>Guarantee seventeen: healthcare information service

With the prior authorization of the Insured, the Insurer will make available to the Insured's relatives its network of assistance call centres to facilitate any and all information that may be necessary regarding all the Healthcare Assistance operations and help provided.

>Guarantee eighteen: transmission of urgent messages

The Insurer will make available to the Insured its network of assistance call centres to transmit any and all urgent messages as may be necessary as a result of the application of the cover and cannot be sent by the Insured in any other way.

>Guarantee nineteen: Sending items forgotten during the trip

Should the Insured have forgotten any item of luggage or personal objects during the trip, the Insurer will organize and assume the sending of the same to the Insured's address in Spain, up to a maximum of 120.20 euros.

This guarantee shall also extend to those objects that may have been stolen during the trip and are later recovered.

>Guarantee twenty: return expenses on hospital discharge

The Insurer will take charge of the Insured's return expenses when, as a consequence of an accident or illness covered by the policy, he or she has been hospitalized and discharged but, in consequence, has been unable to use the return ticket to Spain through the impossibility of arriving at the corresponding means of transport at the time and date indicated on the return ticket. The limit for this guarantee is set at 900 euros.

STIPULATION TWO: EXCLUSIONS

A) EXCLUSIONS APPLICABLE TO GUARANTEES IN THE EVENT OF LESION OR ILLNESS

The following are excluded from the Policy:

- a) Pre-existing and/or Congenital Illnesses, chronic conditions or those under medical treatment prior to the start of the trip abroad.**
- b) General medical examinations, check-ups and any visit or treatment classified as Preventive Medicine, in accordance with generally accepted medical criteria.**
- c) Trips intended for the purpose of receiving medical treatment.**
- d) The diagnosis, monitoring and treatment of pregnancy, its voluntary interruption, and deliveries.**
- e) Suicide, attempted suicide or self-inflicted wounds of the Insured.**
- f) The consumption of alcoholic beverages, drugs or medicinal substances, unless the latter have been prescribed by a Physician.**
- g) The treatment, diagnosis and rehabilitation of mental illnesses or nervous disorders.**
- h) Sexually transmitted diseases and subsequent illnesses.**
- i) The acquisition, implantation, replacement, extraction and/or repair of Prostheses of all kinds, such as pacemakers, anatomical, orthopaedic or odontological parts, spectacles, lenses, apparatus for the hard of hearing, crutches, etc.**

j) Dental, ophthalmological or otorhinolaryngological treatments, except in emergency scenarios.

k) Special treatments, experimental surgery, plastic or restorative surgery and other forms of surgery not recognized by Western medical science.

l) Any medical expense incurred in Spain, even though it may correspond to a treatment prescribed or begun abroad.

B) EXCLUSIONS APPLICABLE TO GUARANTEES IN THE EVENT OF DEATH

The following are excluded from the Policy:

a) Claims occurring as a consequence of the Insured's suicide.

b) Burial and ceremonial expenses, as well as the cost of the coffin in the guarantee for transportation or repatriation of mortal remains.

C) EXCLUSIONS GENERALLY APPLICABLE TO ALL GUARANTEES

The following are excluded from the Policy:

a) Benefits not notified to the Insurer in advance and those for which the latter's agreement has not been obtained, except in duly accredited scenarios of material impossibility.

b) The professional practice of any sport, and the practice as an amateur of winter sports, competitive sports and flagrantly dangerous or high-risk activities.

c) Journeys lasting for 90 consecutive days or more.

d) The involvement of any official emergency rescue institution or the cost of its services.

e) The rescue of persons in mountains, chasms, seas, jungles or deserts.

f) Fraudulent acts on the part of the Policyholder, the Insured, the Beneficiary or their relatives.

g) Risks derived from the use of nuclear energy.

h) Extraordinary risks such as war, terrorism, popular uprisings, strikes, natural phenomena and any other catastrophic phenomenon or events that, in view of their magnitude and severity, are classified as a catastrophe or national calamity.

STIPULATION THREE: LIMITS OF THE GUARANTEES

The maximum limits of the guarantees in this Rider shall be those specified for each guarantee. For those guarantees indicated as included and for which no quantitative limit is shown, the maximum limit of the same will be the effective

cost of the provision of the service covered by the Insurer. In any case, all limits in this Rider are per Claim and Insured.

STIPULATION FOUR: TERRITORIAL SCOPE

Cover shall be applicable in any country in the world, excluding Spain.

STIPULATION FIVE: PROCESSING OF CLAIMS (TRAVEL ASSISTANCE)

To request any of the Contracted Medical Services under this Rider, it will suffice to place a telephone call to the following telephone number: 915 724 406. This alert service operates 24 hours a day.

2.9.10 Preventive Medicine.

Medical consultations, physical examinations and specific diagnostic tests necessary for the early detection of Illnesses related with the specialities indicated below are covered:

a) **Digestive Apparatus.** This includes a programme for the prevention of colorectal cancer for Insured parties at the age at risk, determined according to accepted medical standards.

b) **Cardiology.** This includes a programme for the prevention of coronary risk for Insured parties at the age at risk, determined according to accepted medical standards.

c) **Gynaecology.** An annual gynaecological revision is covered for the early diagnosis of Illnesses in the breast and the neck of the womb.

Prophylactic contralateral mastectomy is included for those Insured parties diagnosed as having breast cancer and with a **positive result in the BRCA 1 and/or BRCA 2 tests**, and who decided to submit to bilateral mastectomy. The reconstruction of both breasts is also included, **provided that this is performed as part of the same operation and with the same reconstructive technique**.

Both of these (bilateral mastectomy and reconstruction of both breasts) must be performed as part of the same operation and with the same reconstructive technique. Where the reconstruction of the healthy breast cannot be performed, for medical reasons, during the initial operation and has to be deferred, the Insured will have a **maximum term of 12 months following the mastectomy** during which to undergo this reconstruction.

The procedure will be covered in accordance with the limits established in the Policy and must be carried out, with the prior authorization of the Company, at the Contracted Medical Services designated for the purpose by Cigna.

Prophylactic bilateral mastectomy is included for those asymptomatic Insured parties **have taken the BRCA 1 and/or BRCA 2 tests**, in accordance with the conditions

established in the Policy for the said tests, have obtained a positive result, and have freely and voluntarily decided to undergo a bilateral mastectomy with reconstruction of both breasts through the placement of breast prostheses, **provided that this is performed as part of the same surgical operation.**

Any other reconstructive technique is excluded.

The procedure will be covered in accordance with the limits established in the Policy and must be carried out, with the prior authorization of the Company, at the Contracted Medical Services designated for the purpose by Cigna.

Prophylactic oophorectomy is included for those asymptomatic Insureds who have obtained a positive result after completing a BRCA 1 and/or BRCA 2 test in accordance with the conditions established in the Policy for these tests and who freely and voluntarily decide on the preventive removal of their ovaries, subject to the limits established in the Policy.

d) Paediatrics Regular consultations and examination of the child's development are included, as well as health checks for the Newborn Infant, including otoacoustic emission testing, audiometry, visual acuity testing, metabolic diseases, both in the cases established in article 2.8.4 of the General Conditions and also after the child is registered on the Policy.

e) Urology. This includes a programme for the prevention of prostatic cancer for Insured parties at the age at risk, determined according to accepted medical standards.

2.9.11 Odontology.

This benefit covers visits, simple extractions, periapical X rays (to view the innermost part of the tooth), orthopantomography and one session of dental hygiene per annum.

For the purposes of delimiting this benefit, a simple extraction is understood to be the removal of a tooth that, in terms of technical difficulty, does not require any kind of special instrumentation in order to be performed, as opposed to a complex extraction requiring some type of special instrumentation either due to the tooth's anatomy or the condition of the tooth.

2.10 Cover for serious or complex cases (Case Management / Clinical Follow-Up Unit).

Individualized monitoring by a nursing professional, following prior authorization by the Insurer is included for Insured parties presenting serious pathologies such as those indicated below by way of example and without limitation:

- >> Oncological processes

- >> ICU
- >> Long-term Hospitalization
- >> High-risk pregnancies
- >> Premature deliveries
- >> Multiple trauma

The levels of cover offered, subject to the clinical criterion of the Cigna Nurse managing the case included, among others:

- 2.10.1 Assistance and follow-up related to the cover for a second medical opinion.**
- 2.10.2 Guidance about Medical Staff.**
- 2.10.3 Hospital visits.**
- 2.10.4 Detailed cover management.**
- 2.10.5 International co-ordination.**

2.10.6 Individualized follow-up by a designated nurse who will act as the link to the Company during this process.

Inclusion in the programme for the Clinical Follow-Up Unit will not hinder the management of any clinical process.

In no case will Cigna offer recommendations about the medical indications the Insured may have received, whether from a personal physician or from the doctors providing the second medical opinion, and the patient will retain, at all times, full autonomy for the taking of decisions.

ARTICLE 3.º WAITING PERIODS

During the waiting periods established for cover as indicated in the Policy, the Insured is not entitled to receive the benefit, unless the said Waiting periods are not applicable and this is expressly indicated in the Particular Conditions. Similarly, Cigna assumes any necessary Healthcare Assistance in the event of a Life-Threatening Emergency and for so long as this emergency situation may last, in accordance with the indications given in the Policy.

The following types of cover referred to in the present contract have the Waiting Periods indicated below:

3.1 Vaginal or Caesarean delivery.

The provision of vaginal or Caesarean delivery has a **Waiting Period of eight (8) months** counted from the date the cover begins, except in cases of a Life-Threatening Emergency for the mother or the foetus, or in births diagnosed as premature, provided that the pregnancy has begun after the date of registration of the Insured.

Similarly the **Waiting Period of eight (8) months** will apply to Caesarean sections prescribed for the Insured in advance (i.e. scheduled Caesareans, regardless of the reason) and not a consequence of a Life-Threatening Emergency for the mother or the foetus.

3.2 Hospitalization and/or Surgery.

All of the benefits included in Article 2.7 of the General Conditions have a **Waiting Period of six (6) months**, counted from the date the cover begins, except in cases of a Life-Threatening Emergency for the Insured.

3.3 Transplants.

These have a **Waiting Period of twelve (12) months** counted from the date the cover begins for the Insured under the Policy.

ARTICLE 4º EXCLUSIONS

Apart from the exclusions indicated in each of the articles, cover under this insurance is **EXCLUDED** in all the following cases:

- a. **Damage or Claims that, in view of their magnitude and severity, are classified as catastrophic or a national calamity.**
 - b. **Events caused violently as a consequence of terrorism, rebellion, sedition, mutiny or popular uprising and events or actions of the Armed Forces and the Security Forces and those caused by armed conflicts.**
 - c. **Natural phenomena such as flooding, earthquakes, volcanic eruptions, atypical cyclonic storms, falling sidereal bodies and meteorites.**
 - d. **Those derived from nuclear energy.**
 - e. **Epidemics officially declared as such.**
 - f. **Pre-existing Illnesses or Lesions.** The present exclusion shall not apply when the Health Questionnaire was not required nor when, although required, Cigna has expressly agreed in writing to cover such pre-existing state.
 - g. **Claims relating to all kinds of Congenital Illnesses, except those of:**
 - >The children of the Insured who have been born during the currency of the policy and whose deliveries (vaginal or Caesarean) were covered by this Policy, provided that:
 - Their inclusion on the Policy has been notified within the term of one month from their birth.
 - They have been registered on the insurance with their dates of birth.
- >The children of the Insured who were born or adopted during the currency of the Policy and whose deliveries (vaginal or Caesarean) were not covered, provided that:
- The Insured has notified the Insurer, at least one month prior to the date of birth or adoption, of the intention to insure the said children.
 - They are registered on the insurance with their dates of birth or adoption.
- h. **General medical examinations, check-ups and any visit, treatment or test classified as Preventive Medicine** (except those mentioned in Article 2.9.10).
 - i. **Any admission to hospital, surgical operation, diagnostic test or medical treatment that has not been prescribed and approved by a Physician.**
 - j. **Those derived from alcoholism, drug addictions and intoxication due to the abuse of alcohol or the use of psychotropic, narcotic or hallucinogenic drugs. Accidents suffered while in a state of drunkenness or under the effects of drugs or narcotics, or as a consequence of criminal actions by the person in question, recklessness or gross negligence as declared in a court of law.**
 - k. **Plastic or restorative surgery** (except as mentioned in Article 2.4.10).
 - l. **Treatments with a purely aesthetic purpose, rejuvenation, detoxification and/or sleep cures, thermal and climatic cures, hair implants, treatments at spas and gyms and maintenance therapies.**
 - m. **Prostheses and implants of any kind, as well as orthopaedic anatomical parts**, except those specifically covered by the Policy under Article 2.9.4.
 - n. **Genetic tests other than those expressly mentioned in the specialities**, except for those intended for the diagnosis of illnesses in affected symptomatic patients. The determination of genetic maps for predictive or preventive purposes is expressly excluded.
 - o. **Pharmaceutical products outside the Hospitalization regime**, except for those specifically covered by the Policy with a maximum reimbursement limit equivalent to their retail price published by the Ministry of Health or other competent authority. **Vaccines of all kinds.**
 - p. **Surgical techniques and/or therapeutic treatments using laser or HIFU and robotic surgery, except those expressly included in the different specialties.**
 - q. **All those diagnostic and therapeutic procedures not habitually used (in a majority of the Spanish Regions) and not in widespread use at Public Health Centres (a majority of such Centres in each of the Regions) and diagnostic tests and treatments whose**

- clinical efficacy and safety have not been sufficiently proved or for which there is no consensus among the Scientific Community in Spain.**
- r. **Attempted suicide or voluntary mutilation, and Accidents deliberately caused by the Insured.**
 - s. **Sex change operations or any treatment necessary for the preparation of or recovery from such operations (for example, psychological advice), including the complications resulting from such treatment.**
 - t. **Hospitalization for social problems.**
 - u. **For those Insured parties covered by the benefits of the Social Security regime, Healthcare Assistance provided at Social Security centres o centres included in the National Health System, including those Regions that do not have agreements in place with the Insurer.**
 - v. **Illnesses or Accidents derived from participation as an amateur in any dangerous activity or sport. The following activities, among others, are considered to be dangerous activities or sports, albeit without limitation: motor sports, airborne sports or activities, racing competitions, off-piste skiing, scuba diving, undersea fishing without breathing equipment, potholing, mountain climbing normally requiring the use of ropes or guides, bungee-jumping, rafting, parachuting, hang-gliding, whitewater canoeing, bobsleigh, boxing or martial arts, any kind of race, rally or competition not conducted on foot, rugby, weightlifting, fencing and shooting. Accidents suffered during professional participation in races or competitions and their corresponding events and training sessions.**
 - w. **"In Vitro" fertilization, artificial insemination, as well as any other similar treatment and the diagnostic study and treatment of sexual impotence; treatment intended to solve problems of sterility; reversal of vasectomies or any other surgical treatment intended to re-establish the Insured's fertility.**

In addition to the preceding exclusions, the exclusions established in the corresponding to Section are applicable in all cases to the cover for Healthcare Assistance While Travelling Abroad.

REFERENCES TO THE INSURANCE CONTRACT ACT

ARTICLE 5. THE INSURANCE CONTRACT

5.1 Documentation and Formalization of the Insurance Contract and Duty to provide information.

Prior to the conclusion of the contract, the Policyholder is under the OBLIGATION to declare to the Insurer, in

accordance with the questionnaire submitted by the latter, all of the circumstances known to the Insured that might have an influence on the Insurer's assessment of the risk.

Bearing the foregoing obligation in mind, the present Policy has been arranged on the basis of the declarations made by the Policyholder and/or by the Insured on the Subscription Document or Insurance Application Form, on the Health Questionnaire, and on any other means for the transmission of information admitted by Cigna and accepted by the Insured, expressly including electronic and telephonic contracting. The said declarations constitute the fundamental obligation of the Policyholder and/or the Insured regarding the declaration of the risk, especially the Health Questionnaire, and they therefore constitute an essential element of the contract and the basis for its formalization.

The Policyholder has the duty and the obligation to sign each and every one of the documents making up the Policy and to deliver a signed copy thereof to the Insurer.

The insurance shall become effective after the Policy is signed and the corresponding Premium paid.

Should the contents of the Policy differ from the insurance proposal or from the clauses agreed, the Policyholder may require the Insurer to remedy the divergence identified within the term of one month counted from the delivery of the Policy. Once this term has elapsed without any complaint having been made, the parties shall abide by the provisions contained in the Policy.

Once the contract has been formalized and during the course of the same, the Policyholder and/or the Insured must notify the Insurer, as promptly as possible, of any alteration in the factors and circumstances declared at the moment the Policy was contracted that might aggravate the risk and are of such a nature that, had they been known to the latter at the moment the contract was concluded, it would not have entered into it or would have done so on more onerous conditions.

In no case shall any variation in the circumstances regarding the Insured's health status be considered an aggravation of the risk and therefore need not be notified to the Insurer.

5.2 Conditions for Inclusion in the insurance

It will not be possible for persons aged 64 or over to subscribe this insurance, or such other age, if any, specified in the Particular or Special Conditions.

The Insurer and the Policyholder may agree on inclusion conditions in addition to those appearing in the Particular Conditions.

The Insurer reserves the right to reject the inclusion in the insurance or to limit or exclude any of the cover therein on the basis of the declarations made in the Health

Questionnaire or any other document furnished for the purpose and of the medical examination, if any.

For the purposes of the present contract, any insured party remaining in Spanish territory for more than 183 consecutive days will be considered to be Resident in Spain.

5.3 Duration of the Contract

The insurance cover is stipulated for the period of time foreseen in the Particular Conditions and, on its expiry, it will be deemed to have been automatically extended for the term of one year and so on thereafter on the expiry of the annual period under way.

Both the Policyholder and the Insurer may oppose the extension of the contract by means of written notification sent to the other party at least one month in advance of the conclusion of the cover in the initial period or the annual extension when the party opposing the extension is the Policyholder, and two months when it is the Insurer.

5.4 Subrogation

The Insurer, once the Healthcare Assistance referred to in the present contract has been provided, shall be able to exercise any and all rights and actions that, in connection with the Illness or Accident, might correspond to the Insured against the persons responsible for the same or the public bodies or other entities that may have a legal or regulatory obligation to cover the same pursuant to any compulsory or voluntary insurance up to the limit of the cost for the Healthcare Assistance provided.

This subrogation right shall not be exercised against the spouse of the Insured nor against any other relatives to the third degree of consanguinity, any adoptive parent or adopted child living with the Insured in question. This exception shall have no effect if the liability stems from criminal intent, or if the responsibility is covered under an insurance contract. In this latter case, the subrogation shall be limited in scope in accordance with the terms of the said contract.

In the event where the Insurer and the Insured act jointly against the third party with liability, any collection obtained will be distributed among them in proportion to their respective interest.

5.5 Limitation of legal action

Any lawsuits arising out of the present contract shall be timebarred after five years have elapsed from the moment when they could have been exercised.

5.6 Communications

All communications will be addressed by the Policyholder/Insured to the Insurer at its registered office, or at any of its offices or another remote electronic address expressly designated by the Insurer for certain communications, provided that this is expressly stated.

Communications of the Insurer to the Policyholder and, if any, to the Insured, shall be made at the address of the latter indicated in the policy and/or email address or other remote electronic means, whenever this is compatible with the content and format of the communication.

Communications effected by an insurance broker or brokerage office to the Insurer on behalf of the Policyholder or the Insured shall have the same effects as if they had been made by the Policyholder in person, except as otherwise indicated by the same. In all cases, the express consent of the Policyholder will be required for the subscription of a new contract or to amend or rescind the insurance contract in force.

Nonetheless, communications made by the Policyholder or the Insured to the insurance broker or brokerage office are not deemed to have been made to the Insurer until they have been received by the latter.

Communications made by the Policyholder or Insured to an insurance agent of the Insurer shall have the same effects as if they had been made directly to the latter.

The Insurer shall obtain the Policyholder's and/or Insured's consent to record the telephone conversations held in connection with the present Policy and to use the same in its quality assurance processes, and, when pertinent, as evidence for any dispute that may arise between the parties, at all events preserving the confidentiality of the conversations.

Those communications made in writing that have been refused, those sent by registered mail and not collected from the Post Office, and those that do not reach their destination because of a change of address that has not been indisputably notified to the Insurer shall have identical effects as those communications received.

ARTICLE 6. DUTIES AND OBLIGATIONS OF THE INSURED

6.1 Premiums.

The Policyholder shall pay the Insurer the Premium in the manner and on the dates specified in the Particular Conditions to this Policy. If payment by instalments is arranged for the annual Premium, the Policyholder shall be obliged to pay the first instalment at the moment the contract is concluded. Subsequent Premiums must be paid on their corresponding maturities. Payment by instalments of the Premium shall not release the Policyholder from the obligation to pay the full amount of the Premium.

If the first Premium is not paid due to the fault of the Policyholder, or if the Sole Premium is not paid on its maturity, the Insurer is entitled to resolve the contract or to demand payment of the Premium due through forced recovery on the basis of the Policy. If the Premium has

not been paid before the Claim arises, the Insurer will be released from its obligation.

In the event of any non-payment of one of the subsequent Premiums, or of any of the instalments if payment of the Premium by instalments has been arranged, then cover by the Insurer shall be suspended one month after the date of maturity. If the Insurer has not claimed payment within the six months following the maturity of the Premium, the contract will be understood to have been extinguished. In any case, when the contract is suspended, the Insurer may only demand payment of the Premium for the period under way and it shall be entitled to the fraction of premium for the time during which the cover was suspended.

If the contract has not been resolved or extinguished pursuant to the preceding paragraphs, the cover shall once more be effective from midnight on the date the Policyholder paid the Premium (or the pending instalment(s)).

The Insurer may alter the Premiums annually on the basis of the technical and actuarial calculations necessary to determine the impact of the following concepts on the financial and actuarial scheme of the insurance: the increase in the cost of the healthcare services, the increased frequency of the benefits covered by the Policy, the increase in the loss rate, the incorporation into the cover guaranteed of technological innovations emerging or being used after the perfection of the contract, or other events with similar consequences.

The Policyholder may opt between the extension of the insurance contract with the new Premiums established by the Insurer for the following annual period, or its extinction on the maturity of the annual period under way. In this case, the Policyholder must notify the Insurer of the decision not to extend the contract giving at least one month's notice prior to the date of the Policy's maturity.

6.2 Collaboration in processing.

In the event of a Claim covered by this insurance contract, the Policyholder and/or the Insured will be obliged to co-operate with the Insurer to reduce all the consequences of the same, as well as to communicate immediately to the Insurer the occurrence, circumstances and possible consequences of the Claim.

The Insured, any relatives or successors in title must allow the visit of the Insurer's Physician, as well as any verification or conformation that the Insurer may consider necessary for the verification of the Claim, authorizing the delivery to the Insurer of any and all documents related to the cover under the Policy that may be requested.

All complementary information requested by the Insurer to verify the Claim must be sent by the Policyholder or the Insured within the maximum term of sixty (60) days from the occurrence of the Claim.

Together with notification of the Claim, the Policyholder or the Insured must send the Insurer the medical report specifying the diagnosis and nature of the Illness when so required by the Insurer. Documents will be submitted in the manner and with the contents requested by the Insurer.

In addition, the Insured must faithfully observe all the prescriptions of the Physician in charge of curing the condition and must give the Insurer all kinds of information about the circumstances or consequences of the Claim.

Any failure to comply with these obligations will give rise to the possibility for the Insurer to claim back any damages suffered. Should any criminal intent or serious blame attach to the Policyholder and/or Insured, the Insurer shall be released from its obligation to provide compensation.

6.3 Taxes and Surcharges.

All taxes and surcharges that may legally be passed on and must be paid in connection with this contract, whether at present or in future, shall be for the account of the Policyholder or the Insured.

ARTICLE 7. OBLIGATIONS OF THE INSURER

7.1 Provision of Cover.

The healthcare assistance covered by the policy is provided through healthcare professionals and Hospitals in Spain included in the Contracted Medical Services.

The Insured will be required to present identification in advance as the person covered by the insurance. For this purpose, the Policyholder will be provided, at the start of the cover, with the corresponding to cards accrediting the status of an insured party and the Insured must present this card to the professional together with a National ID card or legally equivalent document. The information about the Contracted Medical Services will be updated from time to time on the Cigna web page. The Policyholder will be jointly and severally responsible for any expenses incurred by the Insured for services rendered by the Contracted Medical Services through the use of a Cigna card corresponding to an extinguished insurance arrangement. All this is without prejudice to the liabilities that the Insured might incur in the event of fraudulent use of the card.

The Insurer will not reimburse the fees of professionals and other Contracted Medical Services paid directly by the Insured, nor the medical expenses and fees arising out of the Healthcare Assistance provided by professionals and Hospitals not included in the Contracted Medical Services, except in the cases expressly reflected in the policy.

For the purposes of the insurance, the Claim will be deemed to have been notified when the Insured goes to the Contracted Medical Services or requests a service.

The Insured may freely choose and use the services of the healthcare professional and/or Medical Centre or Hospital considered to be most appropriate among the Medical Staff of Cigna, in accordance with the levels of cover contracted in the Policy. The right of freedom of choice of the professional and Medical Centre and/or Hospital, the lack of any organizational hierarchy on the part of the Insurer and the independence of criterion, as well as the existence of professional secrecy, are all circumstances that, each one individually, necessarily presuppose the absence of any kind of liability on the part of the Insurer for the acts performed by the same.

72 Information to the Policyholder.

Pursuant to the provisions contained in the Insurance and Reinsurance Entities (Organization, Oversight and Solvency) Act (Law 20/2015) and the regulations developing the same, in particular the Regulations approved by Royal Decree 1,060 dated November 20th, 2015, the Insurer provides the following information, in addition to that already contained in the rest of the Policy:

- a) **The law applicable to this insurance contract** is the Insurance Contract Act (Law 50 dated October 8th, 1980) and the Insurance and Reinsurance Entities (Organization, Oversight and Solvency) Act (Law 20 dated July 14th, 2015), as well as the regulations developing the same.
- b) **The insurance contract is entered into with** Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, with its registered office at Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo 1, Building 14, Ground Floor, in 28223 Pozuelo de Alarcón, province of Madrid. Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, is a branch of Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, a privately-held limited liability company incorporated under Belgian law with its registered office in Belgium at Avenue Cortenbergh 52, Brussels. This entity is subject to the oversight of the National Bank of Belgium and it is also subject to the said regulator, as an insurance entity operating in Spain under the regime for the right to establishment, for matters relating to liquidation
- c) **When the contract has been entered into using any remote contracting technique** and, in accordance with the provisions contained in Law 22 dated July 11th, 2007, on the remote marketing of financial services intended for consumers, Policyholders shall be able to cancel the present insurance unilaterally, without needing to indicate the reasons and without any penalty whatsoever, within the term of thirty (30) days from the date the insurance was entered into or the receipt by the Policyholder of the contractual terms and conditions and the compulsory prior information

foreseen in the aforesaid Law, if this is received after the conclusion of the insurance. In order to exercise this right, Policyholders shall send the corresponding notification addressed to the Insurer, using any lasting medium accessible to the Insurer. Policyholders may submit the said notification using electronic means, provided that measures are in place to guarantee the integrity, authenticity and absence of tampering of the notification and enabling the date of the sending and receipt of the same to be confirmed. Coverage of the risk shall cease from the date of issue by the Policyholder of the cancellation notification.

- d) **In the event of any complaint or dispute regarding the insurance,** the Beneficiary, Insured or successors in right of any of the same may address the following instances for its resolution:

- i. In writing, to the Incidents Department of Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV Sucursal en España, Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo 1, Building 14, Ground Floor, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid), or at the following email address: servicio.incidencias@cigna.com.

- ii. The Cigna Client Ombudsman, at Calle Velázquez 80, 1st floor, Right, in 28001 Madrid, or at the following email address: reclamaciones@dadefensor.org.

The processing of complaints and disputes by the above instances shall never exceed the term legally established and the procedure is regulated in the Regulations for the Defence of Clients at Cigna Life Insurance Company of Europe, available at the Entity's offices..

- iii. Once the internal route of the Insurer referred to in the preceding section has been exhausted, it will be possible to initiate the administrative procedure for complaints before the Complaints Service of the Directorate-General for Insurance. For this purpose, claimants must demonstrate that the term of two months has elapsed since the date the complaint was submitted to the Insurer's Incident Department, without the same having been resolved or the consideration of the complaint refused or the request denied.

- iv. In the event of a dispute, the Insured may bring an action, pursuant to Article 24 of the Insurance Contract Act, before the Court of First Instance corresponding to the domicile of the claimant.

73 Personal Data Protection.

Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A. / N.V., Sucursal en España will process the personal data related

to the applicant / policyholder (for individual policies), insured and beneficiary (jointly, the "Interested party"), as data Controller, for the purposes and according to the following legal grounds: (a) management of the application and / or insurance contract; (b) compliance with legal obligations; and (c) prevention and investigation of fraud, based on legitimate interest.

The personal data of the Interested Party (including health data) will be collected directly from the Interested Party or through other sources (insurance intermediary, employer in the event of a collective policy or healthcare providers, among others). Cigna will share the personal data of the Interested Party with third parties, including recipients located in countries that do not ensure an adequate level of protection (United States). The Interested Party may exercise at any moment, its rights of access, rectification, objection, erasure, portability and restriction of processing and withdrawal of consent by sending communication by mail to CGHB-EU-Privacy@cigna.com.

For further information regarding the processing of personal data, please read the Personal Data Protection Annex.

ARTICLE 8. COMPLAINTS

8.1 Arbitration.

If both parties agree, they may submit their differences to the consideration of umpires pursuant to current legislation.

8.2 Competent Jurisdiction.

The competent Judge for hearing any lawsuits arising out of the insurance contract will be that corresponding to the Insured's home in Spain and any agreement to the contrary will be void.

ARTICLE 9. EXPRESS ACCEPTANCE. ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF INFORMATION

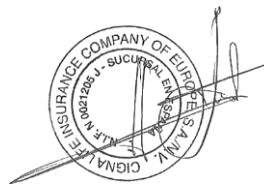
The Policyholder expressly acknowledges the receipt of the General, Special and Particular Conditions making up this Policy and states his or her awareness of and agreement with the same

Similarly, in accordance with the provisions contained in article 3 of the Insurance Contract Act, and as an additional agreement over and above the Particular Conditions, the Policyholder states that he or she has read, examined and understood the contents and scope of all the clauses in the present contract and, in particular, those that, duly highlighted in bold print, might limit his or her rights.

Lastly, the Policyholder expressly acknowledges having received from the Insurer, in writing, the corresponding information relating to the legislation applicable to the

insurance contract, the various instances for dealing with complaints, the Member State of the Insurer's domicile and its oversight authority, the company name, registered office and legal form of the Insurer, as well as, where appropriate, the minimum information foreseen in Law 22 dated July 11th, 2007, on the remote marketing of financial services targeting consumers.

In the case of collective insurance policies, the Policyholder states that he or she has provided the Insured parties, and will provide any future Insured parties, with the aforesaid information, as well as any other information that may affect the rights and obligations of the Insured parties pursuant to the General, Particular and Special Conditions of this Policy, particularly the information relating to their personal details and the consent to process personal information, prior to their inclusion in the insurance.



Juan José Montes Escriba
 Managing Director
 Cigna Life Insurance
 Company of Europe, SA/NV,
 Sucursal en España.

CIGNA SALUD PLENA

THE PRODUCT CONTRACTED, CIGNA SALUD PLENA, INCLUDES, IN ADDITION, THE FOLLOWING COVER, WAITING PERIODS AND EXCLUSIONS:

ARTICLE 2: COVER UNDER THE INSURANCE:

The cover established in article 2 of the General Conditions is amended in the following terms:

2.2: Primary Medical Assistance [the section corresponding to Paediatric Medicine]

The reimbursement of the fees invoiced by a paediatrician outside the Medical Staff of Cigna and paid by the Insured is also guaranteed in accordance with the limits established for the purpose in the Policy.

2.4.15: Gynaecology and Obstetrics

The reimbursement of the fees invoiced for consultations with gynaecologists outside the Medical Staff of Cigna and paid by the Insured is also included in accordance with the limits established for the purpose in the Policy.

The following **Gynaecological tests** are included:

- » Monitoring
- » Hysteroscopy procedures
- » Triple screening in pregnancy

2.4.30: Urology

Transrectal prostatic biopsy is also included.

2.5.1 : Clinical Analyses

The performance of the following determinations is included:

- » Biochemistry
- » Microbiology and parasitology
- » Haematology
- » Karyotype in peripheral blood due to repeated miscarriages

Food intolerance tests and genetic tests are excluded except for those expressly included in the difference specialities reflected in these General Conditions.

2.5.2 : Pathological Anatomy.

Cytopathology and biopsies are included.

2.7 Medical and Surgical Hospitalization.

This is drafted as follows:

The expenses listed below are covered in the event of hospitalization prescribed by a legally qualified Physician or Specialist belonging to the Cigna Medical Staff:

[The cover continues in the General Conditions]

b. Contracted Medical Services at Hospitals.

This is drafted as follows:

Use of operating room, material, medicinal substances (both in the operating room and those supplied during Hospitalization), anaesthesia, resuscitation and/or any other concept in the Contracted Medical Services provided during Hospitalization up to the daily quantitative limit established for the purpose in the Policy.

[The cover continues in the General Conditions]

2.9.1 Ambulance.

This is drafted as follows:

Land-based ambulance services are covered for transportation to a Hospital, or from a Hospital to the Insured's home, if prescribed by a Physician on the Medical Staff (on clinical grounds and provided that it cannot be done by any other means), in accordance with the limits established in the Policy. These limits shall not apply when transportation by ambulance is necessary and if the failure to provide it immediately endangers the life of the Insured or leads to irreparable harm for his or her physical integrity or health.

2.9.5 Transplants.

This is drafted as follows:

Hospital and medical expenses derived from the performance of bone marrow, kidney, liver, heart, lung, and cornea transplants are covered with the limits established in the Policy.

The organs, tissues, cells or cellular components used in the transplant and their transportation are excluded.

2.9.12 Clinical Psychology

Individual and temporary psychological attention is covered for the treatment of pathologies capable of psychological intervention at the Contracted Medical Services especially designated by Cigna, in accordance with the limits established in the Policy. Prior prescription by a psychiatrist, neurologist or paediatrician (if the Insured is under 16 years of age) and the prior authorization of the Insurer will be required.

The cover includes, with a maximum limit of 10 sessions per Insured and year, individual psychological treatment, provided by a psychologist of the Contracted Services, upon prescription by a Psychiatrist, Oncologist or Neurologist (or paediatrician, if the Insured is under 16 years of age), intended to treat pathologies that can be subject to psychological intervention. Sessions may be extended up to 20 sessions per Insured and year, exclusively for treatments of nutritional disorders (anorexia and bulimia nervosa).

2.9.13 : Pharmaceutical expenses

The benefit includes the reimbursement of the non-hospital pharmaceutical expenses for generic products that can be dispensed with a medical prescription at pharmacy outlets open to the public in accordance with the terms established in the Policy.

ARTICLE 3. WAITING PERIODS

Article 3.1. Delivery and/or Caesarean is replaced by:

3.1 Maternity

Gynaecological and/or obstetric healthcare assistance needed for the monitoring and oversight of pregnancy, including the midwife as well as attention during the delivery, whether vaginal or by Caesarean section, and the postpartum period, have a **Waiting Period of eight (8) months** counted from the date the cover begins, except in deliveries or C-sections performed in cases of Life-Threatening Emergency (as defined in the Policy) for the mother or the foetus, or in deliveries diagnosed as premature, provided that the pregnancy has begun after the date of registration of the Insured. This waiting period affect obstetrics consultations, diagnostic tests and/or related therapeutic acts, as well as childbirth preparation courses.

The **Waiting Period of eight (8) months** is also applied to Caesarean sections for the Insured in advance (i.e. scheduled Caesareans, regardless of the reason) and not a consequence of a Life-Threatening Emergency for the mother or the foetus.

3.2 Hospitalization and/or surgery is replaced by:

3.2 Hospitalization and/or surgery.

All of the benefits included in Article 2.7 of the General Conditions have a Waiting Period of eight (8) months counted from the date the cover begins except in the event of a Life-Threatening Emergency for the Insured.

A new Article 3.4 is added for the Ligature of Fallopian Tubes and Vasectomies:

3.4 Ligature of Fallopian Tubes and Vasectomy

These have a Waiting Period of eight (8) months counted from the date the cover begins for the Insured under the Policy.

The rest of the articles in the General Conditions for the Medical Staff Product contracted remain unaltered.

ÍNDICE

INFORMACIÓN LEGAL DEL ASEGURADOR	3
DEFINICIONES	3
OBJETO	6
COBERTURAS DEL SEGURO	6
Urgencias Ambulatorias y Hospitalarias	6
Asistencia médica primaria	6
Enfermería o Servicios de enfermería	6
Especialidades	6
Alergología e inmunología	6
Anestesiología y Reanimación	6
Angiología y cirugía Vascular	6
Aparato Digestivo	7
Cardiología	7
Cirugía Cardiovascular	7
Cirugía General y del Aparato Digestivo	7
Cirugía Oral y Maxilofacial	7
Cirugía Pediátrica	7
Cirugía Plástica y Reparadora.....	7
Cirugía torácica.....	7
Dermatología y Venerología.....	7
Endocrinología y Nutrición	7
Geriatría	7
Ginecología y Obstetricia	7
Hematología y Hemoterapia.....	8
Medicina Interna.....	8
Nefrología.....	8
Neonatología	8
Neumología	8
Neurocirugía	8
Neurología	8
Oftalmología	8
Oncología Médica	8
Oncología Radioterápica	9
Otorrinolaringología	9
Psiquiatría	9
Reumatología	9
Cirugía Ortopédica y Traumatología.....	9

Urología.....	9
Tratamiento del dolor.....	9
Medios complementarios de diagnóstico.....	9
Análisis Clínicos	10
Anatomía Patológica	10
Neurofisiología Clínica	10
Medicina Nuclear	10
Radiodiagnóstico	10
Tratamientos especiales	11
Aerosolterapia, Oxigenoterapia y Ventiloterapia.....	11
Fisioterapia y Rehabilitación	11
Foniatria y Logopedia	11
Hospitalización Médico-Quirúrgica.....	11
Gastos ocasionados por estancia hospitalaria.....	11
Servicios médicos hospitalarios.....	11
Gastos por honorarios médicos.....	11
Gastos de Hospitalización psiquiátrica.....	12
Gastos de Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	12
Gastos de Hospitalización de Día.....	12
Monitorización electrofisiológica intraoperatoria.....	12
Cobertura de la maternidad y recién nacidos	12
Tocología	12
Parto o cesárea	12
Preparación al parto	12
Recién nacidos	12
Otros Servicios Asistenciales	12
Ambulancia	12
Podología.....	12
Orientación Médica telefónica Cigna 24H	12
Prótesis e Implantes	12
Trasplantes.....	13
SIDA.....	13
Segunda Opinión Médica	13
Servicio de Orientación Psicológica	13
Asistencia Médica en viaje en el extranjero.....	13
Garantías cubiertas	13
Gastos médicos, farmacéuticos o de Hospitalización en el extranjero	13
Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero	13
Traslado sanitario o repatriación médica	14

Envío de un especialista	14	Prescripción	20
Envío de medicamentos	14	Comunicaciones	20
Consulta o asesoramiento médico a distancia	14	DEBERES Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.....	21
Trámites administrativos para hospitalización.....	14	Primas	21
Gastos de regreso de acompañantes	14	Colaboración en la tramitación	21
Retorno de menores	14	Impuestos y Recargos.....	22
Regreso anticipado	14	OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	22
Traslado o repatriación de restos mortales.....	14	Prestación de la cobertura.....	22
Acompañante de restos mortales.....	15	Información al Tomador del Seguro	22
Gastos de estancia del acompañante de restos mortales.....	15	Protección de datos de carácter personal.....	23
Retorno de acompañantes del fallecido	15	RECLAMACIONES.....	23
Fianzas y gastos procesales.....	15	ACEPTACIÓN EXPRESA. CONSTANCIA DE RECIBO DE INFORMACIÓN	23
Servicio de información al viajero.....	15	CIGNA SALUD PLENA, TIENE ADICIONALMENTE LAS SIGUIENTES COBERTURAS, PERIODOS DE CARENCIA Y EXCLUSIONES:	
Servicio de información asistencial	15	COBERTURAS DEL SEGURO.....	25
Transmisión de mensajes urgentes.....	15	Asistencia Médica Primaria (apartado correspondiente a la Pediatría).....	25
Envío de objetos olvidados durante el viaje	15	Ginecología y Obstetricia.....	25
Gastos de regreso por alta hospitalaria.....	15	Urología.....	25
Exclusiones	15	Análisis Clínicos	25
Límites de las garantías.....	16	Anatomía Patológica	25
Ámbito territorial.....	16	Hospitalización Médico-Quirúrgica	25
Tramitación de siniestros.....	16	Servicios Médicos Concertados Hospitalarios	25
Medicina Preventiva	16	Ambulancia.....	25
Aparato Digestivo.....	16	Trasplantes.....	25
Cardiología	17	Psicología Clínica	26
Ginecología	17	Gastos Farmacéuticos	26
Pediatria	17	PERIODOS DE CARENCIA	26
Urología	17	Maternidad.....	26
Odontología	17	Hospitalización y Cirugía	26
Coberturas para casos graves o complejos (Case Management/Unidad de Seguimiento Clínico)	17	Ligadura de Trompas y Vasectomía	26
PERIODOS DE CARENCIA	18		
Parto o cesárea	18		
Hospitalización y/o Cirugía	18		
Trasplantes.....	18		
EXCLUSIONES.....	18		
EL CONTRATO DE SEGURO	19		
Documentación y Formalización del Contrato de Seguro y Deber de Información	19		
Condiciones de Inclusión en el seguro	20		
Duración del contrato.....	20		
Subrogación	20		

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA DE CIGNA

INFORMACIÓN LEGAL DEL ASEGURADOR

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

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

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

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

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50 / 1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, "Ley de Contrato de Seguro") la Póliza. Las presentes Condiciones Generales serán de aplicación a todos los contratos de seguro de Asistencia Sanitaria, sin perjuicio de las Condiciones Particulares y, en su caso, de las Condiciones Especiales que sean de aplicación. En caso de discrepancia entre las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, las Condiciones Especiales aplicables prevalecerán sobre las Condiciones Particulares, y éstas sobre las Generales..

DEFINICIONES

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

- › **Accidente.** Lesión corporal sufrida durante la vigencia de la Póliza como consecuencia de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.
- › **No se considerarán Accidentes las enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.**
- › **Acto médico.** Prestación realizada por un especialista o profesional sanitario legalmente habilitado para ello, en el ejercicio de su profesión, en un Centro Sanitario u hospitalario o domicilio.
- › **Antineoplásico (o citostático).** Sustancias que impiden el desarrollo, crecimiento, o proliferación de células tumorales malignas, catalogadas como tal en el Vademecum.
- › **Asegurado.** Persona física residente en España a quien corresponden los derechos que derivan del contrato y quien, en defecto del Tomador del Seguro, asume personalmente las obligaciones derivadas del presente contrato.
- › **Asegurado Dependiente.** Cónyuge/Pareja de hecho del Asegurado Titular, y/o hijos del Asegurado Titular o su Cónyuge/Pareja de hecho.
- › **Asegurado Titular.** Asegurado que asume personalmente las obligaciones de la póliza en defecto del Tomador del Seguro.
- › **Asegurador o Entidad Aseguradora.** Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, que asume el riesgo contractualmente pactado.
- › **Asistencia ambulatoria.** Es la asistencia médica diagnóstica y/o terapéutica en régimen ambulatorio que se presta en el Centro Sanitario, en el domicilio del paciente, y/o en un hospital sin pernoctación, y que genera una estancia de duración inferior a 24 horas. **La cirugía mayor ambulatoria no se incluye en este concepto.**
- › **Asistencia Hospitalaria.** La que se presta en un Hospital en régimen de internamiento durante un mínimo de 24 horas, para el tratamiento médico o quirúrgico del Asegurado.

- › **Asistencia Sanitaria.** Conjunto de Actos Médicos incluidos en las prestaciones de la Póliza.

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

- › **Asistencia y/u Hospitalización por motivos de tipo social.** Asistencia y/u hospitalización por causas no relacionadas con patologías médicas objetivas, sino por cuestiones de carácter social y/o familiar.
- › **Carencia.** Periodo de tiempo contado desde la fecha de inicio de la cobertura de la Póliza, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas.
- › **Centro de Día Psiquiátrico.** Todo establecimiento sanitario, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria en régimen de día y provisto de al menos un psiquiatra y un psicólogo. A los efectos de esta póliza, **no se consideran Centro de Día Psiquiátrico: casas de reposo, balnearios, clubs o asociaciones de enfermos, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas o centros de terapias conductuales como tampoco los establecimientos para el tratamiento de adicciones.**
- › **Centro Sanitario o Centro Médico.** Instalación dotada de medios técnicos en la que especialistas y profesionales sanitarios capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan actividades sanitarias. Los Centros Sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial.

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

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

- › **Consulta.** Asistencia presencial, en un Centro Sanitario u Hospital, del especialista o profesional sanitario, legalmente habilitado, al Asegurado con el fin de diagnosticar y/o tratar una Enfermedad o Lesión.
- › **Copago.** Importe predeterminado para cada acto médico que el Tomador del Seguro y/o Asegurado asume como participación en el coste del servicio, en función de la modalidad de seguro contratada y de acuerdo con los términos y condiciones acordados en la Póliza y que no es objeto de reembolso por parte de la aseguradora.
- › **Cuestionario de Salud.** Formulario de preguntas facilitado por Cigna al Tomador y/o Asegurado, que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro.
- › **Enfermedad o lesión.** Toda alteración involuntaria del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un Médico y que haga precisa la Asistencia Sanitaria.
- › **Enfermedad Congénita.** Es aquella que existe en el momento del nacimiento como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento.
- › Podrá manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del Asegurado.
- › **Enfermedad Grave.** A los efectos de esta póliza, son aquellas descritas en el segundo párrafo del Artículo 2.9.7.
- › **Enfermedad o Lesión Preexistente.** Aquella contraída con anterioridad al momento del alta inicial en el seguro de Asistencia Sanitaria, siendo sus síntomas y/o signos conocidos por el Asegurado o representante legal, en su caso, independientemente de que exista un diagnóstico médico, al cumplimentar el Cuestionario de Salud previo a la aceptación y contratación de la Póliza.
- › **Especialista.** Médico en activo que ha recibido formación específica como especialista en una rama de la medicina o la cirugía reconocida por las Autoridades Sanitarias del país donde ejerce su actividad, lo que le permite ejercer en esa rama de la medicina o la cirugía, y que dispone de una consulta médica en relación a esa disciplina.
- › **Habitación Convencional.** Habitación de Hospital de una única estancia. **No se consideran como convencionales las suites o habitaciones con antesala.**
- › **Honorarios médicos.** Importe correspondiente a los servicios profesionales prestados por especialistas y profesionales sanitarios.

A los efectos de esta póliza, los honorarios médico-quirúrgicos, incluyen los del médico cirujano, los de sus ayudantes, anestesistas, matronas y los del personal médico que se necesite en la intervención o asistencia médica realizada.

- › **Hospital.** Todo establecimiento público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y con posibilidad de internamiento superior a 24 horas.

A los efectos de esta Póliza **no se consideran Hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas o centros de terapias conductuales, como tampoco los establecimientos para el tratamiento del alcoholismo o la drogadicción.**

- › **Hospitalización.** Internamiento (o ingreso) del Asegurado en un Hospital por un período mínimo de 24 horas, con motivo de una Enfermedad o Accidente, bajo el cuidado y atención de un Médico.
- › **Hospitalización de Día.** Supone el registro como paciente en aquellas unidades asistenciales de un Hospital, así denominadas específicamente, por un período inferior a 24 horas y pernoctando el enfermo en su domicilio.
- › **Implante.** Producto sanitario diseñado para ser insertado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica o técnica especial, con finalidad diagnóstica, terapéutica y/o estética, y destinado a permanecer allí después de dicha intervención.
- › **Interconsulta/s.** Consulta realizada durante el ingreso hospitalario por un especialista diferente al responsable del ingreso.
- › **Intervención quirúrgica / Cirugía.** Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano en un Hospital o Centro Sanitario autorizado. Toda intervención quirúrgica deberá encontrarse dentro de uno de los Grupos establecidos, o en su equivalente, en la Clasificación de la Organización Médico Colegial (OMC).
- › **Material de ortopedia.** Productos sanitarios de uso externo, utilizados para corregir o evitar las alteraciones del cuerpo humano.
- › **Medicina Estética.** Aquella cuyos fines son la restauración, el mantenimiento y la promoción de la estética y la belleza, destinados a solventar un defecto que no tenga repercusión clínica en la salud

de la persona o sea consecuencia del envejecimiento fisiológico.

- › **Medios complementarios de diagnóstico.** Pruebas necesarias para la realización de un diagnóstico clínico, clasificadas como tal, dentro del Nomenclátor de la Organización Médico Colegial (OMC).
- › **Médico.** Doctor, licenciado o máster en medicina legalmente titulado y autorizado en el lugar donde practica para tratar médica o quirúrgicamente las Enfermedades o Lesiones.
- › **Patología Aguda.** Aquella que aparece de forma súbita, limitada en el tiempo (6 meses), y que requiere tratamiento temprano.
- › **Patología Crónica.** En tratamiento rehabilitador, se considera patología crónica aquella en la que no cabe esperar una rehabilitación absoluta mediante técnicas rehabilitadoras, o se convierta en terapia de mantenimiento, estabilizando la misma.
- › **Patología Crónica Reagudizada.** Patología crónica que presenta exacerbación aguda.
- › **Patología de Suelo pélvico.** Aquella que deriva de los órganos que sostiene (vagina-útero y vejiga), en la medida que la debilidad o disfunción de estos músculos del suelo pélvico ocasiona una mala posición de los órganos mencionados, ocasionando su descenso (prolapso) y puede alterarse la continencia urinaria.
- › **Póliza.** Es el contrato del seguro. Se trata de un documento que contiene las condiciones reguladoras del contrato del seguro y que está integrado por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales, la solicitud del seguro y el cuestionario de salud, así como los suplementos, anexos o apéndices que se emitan.
- › **Prima.** Precio del seguro. Incluirá los recargos e impuestos que sean de legal aplicación. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.
- › **Profesional sanitario.** Profesional de la salud que posee conocimientos y habilidades propias de la atención a la salud, organizado por medio de colegios profesionales oficiales y que están en posesión del correspondiente título oficial que les habilite expresamente para ello.
- › **Prótesis.** Sustitutivo artificial que, implantado de una forma temporal o permanente, mediante técnica especial operatoria, suple a un tejido u órgano o complementa su función fisiológica.
- › **Prueba Genética.** Se trata de un tipo de prueba médica que identifica cambios genéticos y que debe realizarse con un objetivo de diagnóstico e instauración o modificación de tratamiento eficaz de la enfermedad, en una persona afecta y sintomática.

- › **Psicoterapia.** Método de tratamiento que se efectúa a una persona que padece un conflicto psíquico por indicación o prescripción de un psiquiatra.
- › **Radioterapia.** Tratamiento basado en el empleo de radiaciones ionizantes, lo que incluye los rayos gamma, las partículas alfa, electrones y fotones.
- › **Servicios Médicos Concertados (o Cuadro Médico de Cigna).** Conjunto de especialistas, profesionales de la sanidad, Centros Sanitarios y Hospitales concertados por Cigna en España, que constan en la Web y que están vigentes en el momento de la prestación del servicio.
- › **Siniestro.** Todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por las garantías de la póliza. El conjunto de servicios derivados de una misma causa constituye un único siniestro.
- › **Suma asegurada.** El límite máximo de la indemnización a pagar en cada caso por el Asegurador. El importe de la Suma Asegurada para cada garantía contratada figurará en las Condiciones Especiales (Plan) de la póliza.
- › **Terapia de mantenimiento.** Tratamiento encaminado a evitar el empeoramiento de una patología una vez alcanzado el grado máximo de recuperación funcional.
- › **Tomador del Seguro.** Es la persona, física o jurídica, que contrata el seguro por cuenta propia o ajena y al que corresponden las obligaciones y los deberes que derivan del mismo, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Si el Tomador del Seguro también tiene la condición de Asegurado, será considerado como Asegurado Titular.
- › **Urgencia.** Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato. Dicha asistencia podrá prestarse tanto en el domicilio del Asegurado como en un Hospital o un Centro Sanitario habilitado con servicio de urgencias.
- › **Urgencia Vital.** Necesidad urgente e inmediata de recibir Asistencia Sanitaria y que de no prestarse pondría en peligro la vida del Asegurado o derivaría en un daño irreparable en su integridad física.

ARTÍCULO 1º OBJETO

Dentro de los límites y condiciones establecidos en la póliza y del periodo de duración de la misma, Cigna asume el compromiso de prestar al Asegurado Asistencia Sanitaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades que figuran en la descripción de

las coberturas de la Póliza, previo cobro de la prima y franquicias que en cada caso corresponda.

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

Las coberturas de la Póliza son válidas y se prestan únicamente en España y a través de la modalidad de Servicios Médicos Concertados por Cigna, con excepción de las coberturas que prevean otra cosa

Cigna en ningún caso reembolsará honorarios de los profesionales y demás Servicios Médicos Concertados pagados directamente por el Asegurado, ni de Honorarios y/u otros gastos médicos derivados de la Asistencia Sanitaria prestada por Profesionales y Hospitales no incluidos en los Servicios Médicos Concertados.

Tampoco podrán concederse indemnizaciones en metálico en sustitución de las coberturas contratadas y prestadas por los Servicios Médicos Concertados.

ARTÍCULO 2º COBERTURAS DEL SEGURO

2.1 Urgencias Ambulatorias y Hospitalarias.

2.2 Asistencia médica primaria.

Se cubre la medicina general y la pediatría para pacientes hasta 16 años de edad, en Centro Sanitario y a domicilio, cuando no sea posible el desplazamiento al centro por causas médicas.

2.3 Enfermería o Servicios de enfermería.

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

2.4 Especialidades.

Se cubren, tanto en centro médico como en hospital, las consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos realizados según las coberturas contratadas, en las siguientes especialidades.

2.4.1 Alergología e Inmunología.

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

2.4.2 Anestesiología y Reanimación.

2.4.3 Angiología y cirugía Vascular.

Se incluyen las técnicas que usan el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica.

Se excluyen los tratamientos con finalidad estética.

24.4 Aparato Digestivo.

Se incluye el Fibroscan para valorar la fibrosis hepática y las endoscopias digestivas (incluida la sedación si fuera precisa) diagnósticas o terapéuticas.

Se incluye la Mucosectomía, la Disección Submucosa Endoscópica así como la Ecoendoscopia.

Se excluye la endoscopia mediante cápsula y la virtual.

24.5 Cardiología.

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

24.6 Cirugía Cardiovascular.

24.7 Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Se incluye la técnica láser en proctología.

24.8 Cirugía Oral y Maxilofacial.

Se excluyen las intervenciones derivadas de una patología dental, excepción de la extracción de cordales incluidos, las pre-protésicas y los tratamientos propios de la especialidad de odontología, los estéticos, así como la asistencia sanitaria anterior y posterior que se precise con ocasión de alguna de dichas intervenciones o tratamientos.

24.9 Cirugía Pediátrica.

24.10 Cirugía Plástica y Reparadora.

Necesaria para eliminar las secuelas de una Enfermedad o Lesión amparada por la Póliza o derivadas de una intervención quirúrgica, igualmente garantizada por la Póliza y acaecida durante la vigencia de la misma.

Se excluyen las cirugías con finalidad estética, excepto la reconstrucción mamaria tras mastectomía radical por proceso oncológico, que incluirá, en su caso, la prótesis mamaria y los expansores de piel, así como aquellas mastectomías profilácticas cubiertas por la presente Póliza (artículo 2.9.10).

24.11 Cirugía torácica.

24.12 Dermatología y Venerología.

Se incluye una dermatoscopia digital (epiluminiscencia) por asegurado y año, exclusivamente en los Servicios Médicos Concertados designados por Cigna al efecto,

para el diagnóstico precoz de melanoma, cuando se justifique al menos una de las siguientes indicaciones:

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

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

24.13 Endocrinología y Nutrición.

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

24.14 Geriatría.

24.15 Ginecología y Obstetricia.

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

Se incluye el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad. **Los estudios genéticos no se consideran diagnóstico de infertilidad y esterilidad,** a excepción del cariotipo en sangre periférica. **Se excluye el tratamiento destinado a solucionar problemas de esterilidad y las pruebas relacionadas con dicho tratamiento.**

Se excluye el láser ginecológico en los casos de incontinencia urinaria, en rejuvenecimiento genital y en cualquier otra patología estética.

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

Se incluyen las siguientes Pruebas ginecológicas

- > Test Amnisure para la detección de rotura prematura de membranas.
- > Una (1) ecografía 3D o 4D por embarazo.
- > La amniocentesis únicamente queda cubierta en los casos de:

1. Riesgo de anomalía cromosómica fetal:
- a) Edad materna avanzada (a partir de 35 años).
 - b) Cromosomopatía fetal en gestación previa.
 - c) Anomalía cromosómica estructural o mosaicismo en progenitor.
 - d) Anomalía fetal ecográfica o datos sugestivos de aneuploidía.
 - e) Marcadores de aneuploidía en suero materno.
2. Riesgo de trastorno genético ligado al sexo.
3. Riesgo de trastorno metabólico congénito.
4. Riesgo de defecto del tubo neural:
- a) Alfafetoproteína.
 - b) Acetilcolinesterasa.
5. Riesgo de infección fetal.
- > ONCOTECT para el diagnóstico precoz del virus del papiloma humano (HPV).
 - > Test no invasivo de diagnóstico prenatal (NEOBONA), **previa autorización de la Compañía, en los Servicios Médicos Concertados designados por Cigna a tal efecto en mujeres embarazadas que justifiquen, al menos, una de las siguientes condiciones:**
 - a) Hallazgos ecográficos fetales que indiquen un aumento del riesgo de aneuploidía.
 - b) Historia de embarazo previo con una trisomía.
 - c) Resultado positivo en cualquiera de los siguientes test de aneuploidías: Screening del primer trimestre, screening secuencial o screening integrado (cuádruple test).
- 2.4.16 **Hematología y Hemoterapia.**
- 2.4.17 **Medicina Interna.**
- 2.4.18 **Nefrología.**
- Se incluye el tratamiento con diálisis y riñón artificial de las insuficiencias renales agudas de carácter reversible, así como de las reagudizaciones de procesos crónicos.
- 2.4.19 **Neonatología.**
- 2.4.20 **Neumología.**
- Se incluyen las espirometrías, las endoscopias y las Ecobroncoscopias.
- 2.4.21 **Neurocirugía.**
- Se incluye el neuronavegador **exclusivamente en casos de cirugía intracranal, cirugía de tumores intramedulares y escoliosis de más de 20 grados, con los límites establecidos en la Póliza.**
- 2.4.22 **Neurología.**
- 2.4.23 **Oftalmología.**
- Se incluyen las técnicas de fotocoagulación, las campimetrías, angiografías y retinografías, así como el recuento endotelial **para el estudio previo a la cirugía de cataratas.**
Se excluye la cirugía refractiva para la corrección de la miopía, hipermetropía, astigmatismo y cualquier otra patología refractiva ocular.
- 2.4.24. **Oncología Médica.**
- Se incluyen las dianas terapéuticas.
- Se incluye el Perfil genético "Oncotype" en casos de cáncer de mama recién intervenido sin afectación ganglionar, con un tamaño tumoral mayor de 1cm y menor de 5cm, RE (receptor de estrógeno) positivo y HER2 (receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano) negativo, siempre que no existan contraindicaciones para recibir quimioterapia sistémica.
- Se incluye el **Test BRCA 1 y 2 previa autorización de la Compañía, en los Servicios Médicos Concertados designados por Cigna al efecto, en los siguientes casos:**
- a) Asegurado con diagnóstico de cáncer de mama, ovario o próstata posterior al 1 de enero de 2017.
 - b) Asegurado sin antecedentes personales de cáncer de mama, ovario o próstata, cuando se cumplan alguna de las siguientes condiciones:
 - 2 o más familiares de 1º o 2º grado, de menos de 50 años, afectados por cáncer de mama.
 - 2 o más familiares de 1º o 2º grado, afectados por cáncer de ovario a cualquier edad.
 - 2 o más familiares de 1º o 2º grado, afectados por cáncer de próstata a cualquier edad.
 - 2 o más familiares de 1º o 2º grado, de menos de 50 años, afectados por cáncer de mama, por cáncer de ovario o por cáncer de próstata a cualquier edad.

Cigna solicitará la documentación médica que considere imprescindible para acreditar el cumplimiento de las anteriores condiciones, así como para poder autorizar los Test BRCA 1 Y 2, pudiendo ser denegada la cobertura si no se aporta la documentación requerida.

Se incluye el **Test Diagnóstico de ADN Tumoral** para tumores sólidos malignos clasificados como Carcinoma de Origen Primario Desconocido, no habiendo sido posible su diagnóstico etiológico mediante las pruebas habituales, y para carcinoma de pulmón avanzado en los que no se haya realizado una biopsia líquida. Sujeto a **prescripción facultativa y limitado a una prueba por Asegurado y año que deberá ser realizada, previa autorización y a través del Proveedor elegido por Cigna, en los Centros Concertados y designados por la compañía al efecto.**

Se incluye la medicación quimioterápica antineoplásica por vía parenteral y aquellos medicamentos paliativos sin efecto antitumoral, administrados de forma simultánea en la misma sesión de tratamiento, para evitar sus efectos adversos o secundarios y/o controlar los síntomas. El tratamiento será dispensado en régimen de hospitalización o en hospital de día, y siempre de acuerdo con la ficha técnica correspondiente a cada medicamento y a los protocolos internacionales establecidos.

Se incluye el test genético de riesgo de cáncer gastrointestinal hereditario en cualquiera de las siguientes indicaciones:

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

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

Se excluyen los factores de crecimiento, EPO y moduladores.

2.4.25 Oncología Radioterápica.

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

2.4.26 Otorrinolaringología.

Quedan incluidas las siguientes técnicas quirúrgicas:

- > Láser quirúrgico utilizado en cirugías ORL para reducción amigdalar, cirugía de cornetes, cirugía de SAOS y microcirugía laríngea, **exclusivamente en los Servicios Médicos Concertados y designados por Cigna a tal efecto.**

> Radiofrecuencia.

Se incluyen las endoscopias y pruebas vestibulares.

2.4.27 Psiquiatría.

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

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

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

2.4.28 Reumatología.

2.4.29 Cirugía Ortopédica y Traumatología.

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

2.4.30 Urología.

Se incluye la vasectomía, los estudios urodinámicos, las flujometrías, las cistoscopias y la lítotricia extracorpórea por ondas de choque **únicamente para el tratamiento de la litiasis renal.**

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

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

2.4.31 Tratamiento del dolor.

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

2.5. Medios complementarios de diagnóstico.

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

2.5.1 Análisis Clínicos.

Se excluyen los test de intolerancia alimentaria.

2.5.2 Anatomía Patológica.

Se incluyen los estudios de inmunohistoquímica y una Biopsia Líquida por asegurado y año, previa autorización, a través del Proveedor elegido por Cigna y en los Servicios Médicos Concertados designados por la compañía al efecto, en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón avanzado (excluido el cáncer de pulmón de células pequeñas), para los que no es posible obtener una muestra para biopsia o la cantidad de tumor es insuficiente para su análisis, y no se haya realizado un Test Molecular de ADN Tumoral.

2.5.3 Neurofisiología Clínica.

Se incluyen las polisomnografías y los estudios poligráficos y monitorizaciones en el domicilio del Asegurado hasta un máximo de un estudio por Asegurado y año con una duración no superior a 24 horas.

2.5.4 Medicina Nuclear.

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

- a) Caracterización de nódulo pulmonar solitario.
- b) Detección de tumor de origen desconocido.
- c) Caracterización de masa pancreática.
- d) Tumores de cabeza y cuello. Para estadificación, monitorización de respuesta al tratamiento o detección en caso de sospecha de recidiva.
- e) Cáncer de pulmón primario. En caso de estadificación o de detección por sospecha de recidiva.
- f) Cáncer de mama. Para estadificación y detección por sospecha de recidiva.
- g) Cáncer de esófago. Para estadificación exclusivamente.
- h) Carcinoma de páncreas. Para estadificación y detección por sospecha de recidiva.
- i) Cáncer colorrectal. Para estadificación y detección por sospecha de recidiva.
- j) Linfoma maligno. Para estadificación, monitorización de la respuesta al tratamiento y detección por sospecha de recidiva.
- k) Melanoma maligno. Para detección por sospecha de recidiva y para estadificación con Breslow > 1,5mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

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

- m) Cáncer de tiroides (no medular). Sólo para pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo, en caso de sospecha razonable de recidiva.
- n) Cáncer de ovario. Para detección en caso de sospecha razonable de recidiva.
- o) Cáncer cérvix uterino. Para estadificación inicial, monitorización de la respuesta al tratamiento y detección por sospecha de recidiva.
- p) Tumores de vías biliares. Para estadificación inicial.
- q) PET colina en reestadificación de cáncer de próstata en pacientes que sufren recaída bioquímica.
- r) PET con galio 68 en estadificación de tumores neuroendocrinos.

Asimismo, queda cubierta la realización de PET-TAC en epilepsia refractaria al tratamiento médico. De acuerdo con los criterios de la Sociedad Española de Neurología, la epilepsia se considera refractaria cuando no ha sido posible controlar las crisis tras el tratamiento adecuado con dos fármacos antiepilepticos tolerados, adecuadamente elegidos y pautados (bien en monoterapia o en combinación), entendiendo como falta de control cuando aparezcan crisis a lo largo de un año o las sufra en un tiempo inferior a tres veces el intervalo entre crisis que mostraba antes de iniciar el tratamiento

2.5.5 Radiodiagnóstico.

Se cubren las técnicas habituales como:

- a) Radiología general.
- b) Ecografía.
- c) T.A.C. (tomografía axial computerizada).
- d) RMN (Resonancia Magnética Nuclear, RMN 3 Teslas, nteroresonancia): incluida sedación en pacientes edad pediátrica y/o adultos con patología psiquiátrica y/o eurológica.
- e) Angiografía.
- f) Arteriografía digital.
- g) Densitometría ósea.
- h) Mamografía.
- i) Radiología vascular e intervencionista.

j) Angio TAC coronario para el control de coronariopatías y descartar, exclusivamente, oclusiones de stents y bypass aorto-coronarios, debiendo responder a una de las siguientes indicaciones:

1. Dolor torácico atípico en pacientes sin enfermedad coronaria conocida y con:
 - Pruebas funcionales dudosas o no concluyentes
 - Pruebas funcionales normales con persistencia de la sintomatología sin un diagnóstico claro.
2. Despistaje de enfermedad coronaria en miocardiopatía dilatada o antes de cirugía cardiaca no coronaria.
3. Valoración de permeabilidad del bypass coronario.
4. Valoración de la permeabilidad de stents mayores de 3 mm.

k) Resonancia magnética cerebral funcional, para planificación de cirugía de tumores cerebrales.

2.6 Tratamientos especiales. Se cubren los siguientes tratamientos:

a) Se cubren los siguientes tratamientos, únicamente a través de los Servicios Médicos Concertados, en caso de patología crónica o aguda, en un Hospital, Centro Médico, o a domicilio:

- **Aerosolterapia.**
- **Oxigenoterapia.** Se incluye tanto el acto médico de la oxigenación como del oxígeno necesario.
- **Ventiloterapia.** Se incluye específicamente el tratamiento con presión positiva continua en vía área (CPAP) o presión positiva variable en vía aérea (BPAP).

b) **Fisioterapia y Rehabilitación.** Se cubren los tratamientos de rehabilitación para patologías agudas y/o crónicas reagudizadas, la rehabilitación respiratoria en procesos agudos y la de suelo pélvico, en Hospital o Centro Médico, realizada por fisioterapeuta y/o Médico rehabilitador, como consecuencia de Enfermedad o Accidente cubiertos por la Póliza, y bajo prescripción facultativa, con los límites establecidos en la Póliza.

Se incluye la **Litotricia músculo esquelética por ondas de choque, con un máximo de tres (3) sesiones por proceso, cuando haya sido prescrita por un traumatólogo o rehabilitador titulado, previa autorización de la Compañía y realizándose exclusivamente en los Servicios Médicos Concertados designados por Cigna al efecto**, para el tratamiento de las siguientes

patologías: tendinitis calcificante de hombro, calcificaciones en el seno de entesopatías en codo, rotulianas, aquileas y espolón calcáneo.

Se incluyen los dispositivos que utilicen el láser en la rehabilitación musculoesquelética, de acuerdo con los límites establecidos en la Póliza.

Se excluyen los tratamientos para aprendizaje, adquisición de habilidades o estimulación precoz y las terapias de mantenimiento

c) **Foniatria y Logopedia.** Se cubren las sesiones realizadas por fonoátria y/o logopeda legalmente habilitado, según los límites establecidos en la Póliza.

Se excluye el tratamiento para/o en conexión con la logopedia que no tenga una naturaleza reconstituyente, o si dicha terapia:

- **Se emplea para mejorar las habilidades del habla que no se han desarrollado por completo.**
- **Puede considerarse tutorial o educativa.**
- **Se lleva a cabo para mantener la capacidad comunicativa del habla.**

2.7 Hospitalización Médico-Quirúrgica.

Se cubren los gastos que se detallan a continuación en caso de hospitalización prescrita por un Médico o Especialista legalmente habilitado (tanto de los Servicios Médicos Concertados como ajeno a los mismos):

a) **Gastos ocasionados por estancia hospitalaria.** Uso de Habitación Convencional y/o Hospital de día y manutención del Asegurado ingresado y cama de acompañante (si la hubiera), hasta el límite cuantitativo diario que se establezca al efecto en la Póliza.

Se excluyen los gastos hospitalarios por uso de teléfono, televisión, manutención del acompañante y otros servicios no relacionados directamente con el tratamiento de la Enfermedad o Accidente, así como los derivados de ingresos que no sean médicamente necesarios.

b) **Servicios médicos hospitalarios.** Utilización de quirófano, material, medicamentos (tanto en quirófano, como los suministrados durante la Hospitalización), anestesia, reanimación y/o cualesquiera otros servicios médicos prestados durante la Hospitalización hasta el límite cuantitativo diario establecido al efecto en la Póliza.

c) **Gastos por honorarios médicos.** Honorarios de los especialistas, ayudantes y anestesistas que intervengan

- d) **Gastos de Hospitalización psiquiátrica.** Bajo prescripción facultativa, hasta el máximo de días por Asegurado y año establecido en la Póliza.
- e) **Gastos de Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI),** con los límites establecidos la Póliza.
- f) **Gastos de Hospitalización de Día.** Se incluyen en las mismas condiciones y con idénticas exclusiones que los gastos previstos en las letras a), b) y c) de este artículo 2.7. Se aplicarán los límites establecidos para estancia hospitalaria y gastos médicos hospitalarios.
- g) **Monitorización electrofisiológica intraoperatoria.** En intervenciones intracraneales, en cirugías de parótida y tiroides y en cirugías de columna con compromiso medular o de raíces nerviosas, todas ellas confirmadas mediante técnicas de imagen o con electromiograma, exclusivamente en los Servicios Médicos Concertados y designados por Cigna

2.8 Cobertura de la maternidad y Recién Nacidos.

2.8.1 Tocología.

2.8.2 Parto o cesárea.

2.8.3 Preparación al parto.

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

2.8.4 Recién Nacidos.

Siempre y cuando esté cubierto el parto, se cubren los gastos hospitalarios y médicos ocasionados por los recién nacidos mientras permanezcan ininterrumpidamente en el Hospital donde se produjo el alumbramiento, con los límites y exclusiones establecidos en la Póliza y hasta un máximo de siete (7) días de Hospitalización.

Se excluye la asistencia médica y los gastos derivados de parto fuera de un Hospital.

2.9 Otros Servicios Asistenciales.

2.9.1 Ambulancia.

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

Se excluyen los traslados relacionados con tratamientos de rehabilitación y la realización de pruebas diagnósticas o consultas en régimen ambulatorio.

2.9.2 Podología.

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

2.9.3 Orientación Médica telefónica Cigna 24H.

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

2.9.4 Prótesis e Implantes.

Se cubren de acuerdo con los límites establecidos en la Póliza las siguientes prótesis:

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

14. Ligamentos biológicos. Cobertura de los ligamentos iológicos de banco de huesos **exclusivamente en aquellas cirugías de ligamento de rodilla.**
15. Otorrinolaringología. Se cubren los drenajes timpánicos de teflón.

Se excluye el material de ortopedia, entendiendo por tal los aparatos ortopédicos en general (sillas de ruedas, camas ortopédicas, corsés, collarines y bastones de apoyo), así como cualquier otro material no recogido explícitamente en las presentes Condiciones Generales.

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

2.9.5 Trasplantes

Se cubren los gastos hospitalarios y médicos derivados de la realización de trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, de acuerdo con los límites por asegurado y año establecidos en la Póliza.

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

2.9.6 SIDA.

Esta prestación cubre los gastos derivados del tratamiento de las Enfermedades o Lesiones que tuvieran lugar con motivo de sufrir el Asegurado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) **con el límite establecido en la Póliza.**

2.9.7 Segunda Opinión Médica.

Se cubre, en el caso de las Enfermedades Graves que se indican en el párrafo siguiente, la valoración por parte de Especialistas de reconocido prestigio contactados a través de un Proveedor de la compañía, del diagnóstico y/o tratamiento médico del Asegurado en relación con las referidas Enfermedades. Para que la prestación pueda realizarse, el Asegurado deberá cumplimentar los formularios que se le faciliten y, en su caso, entregar la información y/o documentación médica que le sea requerida. El Asegurado obtendrá un informe de segunda opinión médica de un Especialista/s que no tiene vinculación alguna con el Asegurador, a través de dicho proveedor.

Las enfermedades respecto de las cuales se podrá solicitar la segunda opinión médica de las siguientes: oncología, Enfermedades cardíacas (incluyendo cirugía cardíaca y angioplastia), trasplante de órganos, Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas (incluyendo Accidentes cerebrovasculares), cirugía ortopédica compleja, Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso y Enfermedades y dolencias derivadas de la insuficiencia renal.

En aquellos casos en los que, tras la Segunda Opinión Médica, el Asegurado desee desplazarse al extranjero

para recibir tratamiento, podrá obtener información sobre servicios de apoyo llamando a la compañía aseguradora, aunque ello no significa que se garantice la asistencia médica en el extranjero, que sólo estará cubierta cuando se especifique expresamente en la Póliza y siempre en los términos y condiciones pactados.

2.9.8 Servicio de Orientación Psicológica

Se incluye el **Servicio de Orientación Psicológica** ofrecido en el número de teléfono y horario indicado por el Asegurador al efecto y por Consultas on-line.

2.9.9 Asistencia Médica en viaje en el extranjero.

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

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

ESTIPULACIÓN PRIMERA: GARANTÍAS CUBIERTAS

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

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

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

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

En el supuesto de viaje al extranjero, el Asegurador se hará cargo de los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, rotura de piezas, caída de empastes, etc. que requieran un tratamiento de urgencia, con un límite 300 euros por Siniestro y Asegurado.

>Garantía tercera: traslado sanitario o repatriación médica

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

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

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

>Garantía cuarta: envío de un especialista

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

>Garantía quinta: envío de medicamentos

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

>Garantía sexta: consulta o asesoramiento médico a distancia

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

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

>Garantía séptima: trámites administrativos para hospitalización

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

>Garantía octava: gastos de regreso de acompañantes

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

>Garantía novena: retorno de menores

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

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

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

>Garantía décima: regreso anticipado

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

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

>Garantía undécima: traslado o repatriación de restos mortales

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

>Garantía duodécima: acompañante de restos mortales

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

>Garantía decimotercera: gastos de estancia del acompañante de restos mortales

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

>Garantía decimocuarta: retorno de acompañantes del fallecido

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

>Garantía decimoquinta: fianzas y gastos procesales

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

>Garantía decimosexta: servicio de información al viajero

El Asegurador facilitará telefónicamente información básica al Asegurado sobre expedición de pasaportes,

visados requeridos, vacunaciones recomendadas u obligatorias, cambios de moneda, consulados y embajadas españolas en el mundo y, en general, datos informativos de utilidad al viajero; previamente al inicio de un viaje o durante el mismo.

>Garantía decimoséptima: servicio de información asistencial

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

>Garantía decimoctava: transmisión de mensajes urgentes

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

>Garantía decimonovena: envío de objetos olvidados durante el viaje

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

>Garantía vigésima: gastos de regreso por alta hospitalaria

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

ESTIPULACIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES

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

Quedan excluidos de la Póliza:

a) Las Enfermedades Preexistentes y/o Congénitas, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico, previas al inicio del viaje al extranjero.

b) Los exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter

de Medicina Preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.

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

B) EXCLUSIONES APLICABLES A LAS GARANTÍAS EN CASO DE FALLECIMIENTO

QUEDAN EXCLUIDOS DE LA PÓLIZA:

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

C) EXCLUSIONES APLICABLES CON CARÁCTER GENERAL PARA TODAS LAS GARANTÍAS

Quedan excluidos de la Póliza:

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

competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.

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

ESTIPULACIÓN TERCERA: LÍMITES DE LAS GARANTÍAS

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

ESTIPULACIÓN CUARTA: ÁMBITO TERRITORIAL

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

ESTIPULACIÓN QUINTA: TRAMITACIÓN DE SINIESTROS (ASISTENCIA EN VIAJE)

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

29.10 Medicina Preventiva.

Se cubren las Consultas médicas, exploraciones físicas y pruebas diagnósticas específicas necesarias para la detección precoz de Enfermedades relacionadas con las especialidades indicadas a continuación:

a) Aparato Digestivo. Incluye un programa de prevención del cáncer colorrectal para Asegurados en edad de riesgo, determinada ésta según los estándares médicos aceptados.

b) Cardiología. Incluye un programa de prevención del riesgo coronario para Asegurados en edad de riesgo, determinada ésta según los estándares médicos aceptados.

c) Ginecología. Se cubre una revisión anual ginecológica para el diagnóstico precoz de Enfermedades de mama y de cuello uterino.

Se incluye la **Mastectomía profiláctica contralateral** para aquellas Aseguradas **diagnosticadas de cáncer de mama y con un resultado positivo en la prueba BRCA 1 y/o BRCA2**, que decidan someterse a una mastectomía bilateral, quedando incluida igualmente la reconstrucción de ambas mamas, **siempre que se realice en el mismo acto quirúrgico y con la misma técnica reconstructiva**.

Ambas coberturas (la mastectomía bilateral y la reconstrucción de ambas mamas) deberán realizarse en el mismo acto quirúrgico y con la misma técnica reconstructiva. En caso de que, por motivos médicos, la reconstrucción de la mama sana no pudiera realizarse en un primer tiempo quirúrgico y tuviera que posponerse, la Asegurada dispondrá de un **plazo máximo de 12 meses tras la mastectomía, para someterse a dicha reconstrucción**.

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

Se incluye la **Mastectomía profiláctica bilateral**, para aquellas Aseguradas que, estando asintomáticas, **hayan realizado un test BRCA 1 y/o BRCA 2** de acuerdo con las condiciones establecidas en la Póliza para dicho test, obteniendo un resultado positivo, y decidan de forma libre y voluntaria, realizarse una mastectomía bilateral con reconstrucción de ambas mamas, mediante la colocación de prótesis mamarias, **siempre que se realice en el mismo acto quirúrgico**.

Se excluye cualquier otra técnica reconstructiva.

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

Se incluye Ooforectomía profiláctica para aquellas Aseguradas que, estando asintomáticas, hayan realizado un **test BRCA 1 y/o BRCA 2 de acuerdo con las condiciones establecidas en la Póliza para dicho test, obteniendo un resultado positivo**, y decidan de forma libre y voluntaria la extirpación preventiva de los ovarios, según los límites establecidos en póliza.

d) Pediatría. Se incluyen consultas periódicas y del desarrollo infantil, así como exámenes de salud del Recién Nacido, incluyendo pruebas de otoemisiones, audiometría, test de agudeza visual, metabolopatías, tanto en los casos establecidos en artículo 2.8.4 de las Condiciones Generales, como una vez dado de alta en la Póliza.

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

2.9.11 Odontología.

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

A los efectos de delimitación de esta prestación, se entiende por extracción dentaria simple la exodoncia que, por su dificultad técnica, no precisa ningún tipo de instrumentación especial para poderla realizar, como contraposición a la extracción dentaria compleja que requiere para efectuarla algún tipo de instrumentación especial, bien sea por su anatomía o por el estado destructivo de la pieza dentaria

2.10 Coberturas para casos graves o complejos (Case Management/Unidad de Seguimiento Clínico).

Se incluye el seguimiento individualizado por un/a enfermero/a, y previa autorización del Asegurador a Asegurados que presenten patologías graves, como las que, a título enunciativo pero no limitativo se indican a continuación:

- » Oncológicos
- » UCI
- » Hospitalización de larga estancia
- » Embarazos de alto riesgo
- » Prematuros
- » Politraumatismo

Las coberturas que se ofrecen, sujetas al criterio clínico de la/el Enfermera/o de Cigna gestor/a del caso incluyen, entre otras:

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

2.10.2 Orientación sobre Cuadro Médico.

2.10.3 Visitas hospitalarias.

2.10.4 Gestión detallada de coberturas.

2.10.5 Coordinación internacional.

2.10.6 Seguimiento individualizado por un/a enfermera/o asignado que servirá de enlace con la Compañía durante el proceso.

La inclusión en el programa de la Unidad de Seguimiento Clínico no impedirá la gestión de su proceso clínico.

En ningún caso Cigna hará recomendaciones sobre las indicaciones médicas que haya recibido el asegurado, ni de su propio médico ni de los médicos de la segunda opinión médica, conservando el paciente, en todo momento, su plena autonomía en la toma de decisiones.

ARTÍCULO 3º PERIODOS DE CARENCIA

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

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

3.1 Parto o cesárea.

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

Se aplica igualmente el **Periodo de Carencia de ocho (8) meses**, a las cesáreas que se prescriban a la Asegurada de forma anticipada (cesáreas programadas, con independencia de su motivación) y que no sean consecuencia de una Urgencia Vital para la madre o para el feto.

3.2 Hospitalización y/o Cirugía.

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

3.3 Trasplantes.

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

ARTÍCULO 4º EXCLUSIONES

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

- a. **Los daños o siniestros que, por su magnitud y gravedad, sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.**
- b. **Los hechos ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín o tumulto popular y hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad y los producidos por conflictos armados.**
- c. **Los fenómenos de la naturaleza tales como inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos.**
- d. **Los derivados de la energía nuclear.**
- e. **Las epidemias oficialmente declaradas.**
- f. **Las Enfermedades o Lesiones Preexistentes.**
La presente exclusión no aplica cuando no fuese requerido el Cuestionario de Salud ni cuando, siendo requerido, Cigna haya aceptado expresamente y por escrito cubrir la preexistencia.
- g. **Las relativas a toda clase de Enfermedades Congénitas, salvo las de:**
 - >Los hijos de la Asegurada que hayan nacido durante la vigencia de la póliza y cuyos partos (o cesáreas) hayan estado cubiertos por esta Póliza, siempre y cuando:
 - Hayan comunicado el alta en el plazo de un mes desde su nacimiento.
 - Sean dados de alta en el seguro con fecha de nacimiento.
 - >Los hijos del Asegurado que hayan nacido o sido adoptados durante la vigencia de la Póliza y cuyos partos (o cesáreas) no hayan estado cubiertos por la misma, siempre y cuando:
 - El Asegurado haya comunicado al Asegurador, con al menos un mes de antelación a la fecha de nacimiento o adopción, la intención de asegurar a dichos hijos.
 - Sean dados de alta en el seguro con fecha de nacimiento o adopción.
- h. **Los exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita, tratamiento o prueba que tenga carácter de Medicina Preventiva (salvo los citados en el Artículo 2.9.10).**

- i. Cualquier internamiento hospitalario, operación quirúrgica, prueba diagnóstica o tratamiento médico que no haya sido prescrito y aprobado por un Médico.
 - j. Las derivadas del alcoholismo, la drogadicción y las intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y al uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos. Los Accidentes sufridos en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes, o a consecuencia de acciones delictivas propias, imprudencia o negligencia grave establecida judicialmente.
 - k. La cirugía plástica o reparadora (salvo la citada en el Artículo 2.4.10).
 - l. Los tratamientos con finalidad puramente estética, las curas de rejuvenecimiento, desintoxicación y/o sueño, las curas termales y climáticas, implantes capilares, los tratamientos en balnearios y las gimnasias y terapias de mantenimiento.
 - m. Las Prótesis e Implantes, de cualquier tipo, así como las piezas anatómicas ortopédicas, salvo las específicamente cubiertas por la Póliza en el Artículo 2.9.4.
 - n. Las pruebas genéticas distintas de las que expresamente se citan en las especialidades, salvo aquellas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Queda expresamente excluido la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos.
 - o. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de Hospitalización, salvo los específicamente cubiertos por la Póliza con un límite máximo de reembolso equivalente a su precio venta al público y publicado por el Ministerio de Sanidad o la autoridad que resulte competente. Las vacunas de todo tipo.
 - p. Las técnicas quirúrgicas y/o tratamientos terapéuticos que usan el láser o el HIFU y la cirugía robótica, salvo en los casos expresamente incluidos en las diferentes especialidades.
 - q. Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos no utilizados de forma habitual (en la mayoría de las Comunidades Autónomas) y generalizada en Centros de la Sanidad Pública (mayoría de dichos Centros en cada una de las Comunidades Autónomas) y las pruebas diagnósticas y tratamientos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén suficientemente probadas o que no gocen del consenso de la Comunidad Científica de España.
 - r. La tentativa de suicidio o de mutilación voluntaria y los Accidentes causados intencionadamente por el Asegurado.
 - s. Las operaciones de cambio de sexo o cualquier tratamiento necesario para prepararse o recuperarse de dichas operaciones (por ejemplo, asesoramiento psicológico) incluyendo las complicaciones como resultado de dicho tratamiento.
 - t. La Hospitalización por problemas de tipo social.
 - u. Para los Asegurados cubiertos por las prestaciones del régimen de la Seguridad Social, la Asistencia Sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las Comunidades Autónomas, que no estén concertados con el Asegurador.
 - v. Las Enfermedades o Accidentes derivados de la participación en una actividad o deporte peligroso con carácter de aficionado. Se consideran actividades y deportes peligrosos las actividades siguientes, entre otras, aunque no de forma limitativa: deportes de motor, deportes o actividades aéreas, competiciones de velocidad, esquí fuera de pista, submarinismo, pesca submarina a pulmón libre, espeleología, escalada o alpinismo que normalmente requiera el uso de cuerdas o guías, puenting, rafting, paracaidismo, parapente, piragüismo en aguas bravas, deslizamiento en trineos, boxeo o artes marciales, cualquier tipo de carrera, rally o competición que no se haga a pie, rugby, halterofilia, tiro y esgrima. Los Accidentes sufridos durante la participación en carreras o competiciones y sus correspondientes pruebas y entrenamientos de forma profesional.
 - w. Fertilización "In Vitro", inseminación artificial, así como cualquier otro tratamiento similar y el estudio diagnóstico y el tratamiento de la impotencia sexual; tratamiento destinado a solucionar problemas de esterilidad; la reversión tanto de la vasectomía como de cualquier otro tratamiento quirúrgico dirigido a reestablecer la fertilidad del Asegurado.
- Adicionalmente a las anteriores exclusiones, en cualquier caso, a la cobertura de Asistencia Sanitaria en viaje al extranjero le son aplicables las exclusiones establecidas en el correspondiente Apartado.

REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

ARTÍCULO 5º EL CONTRATO DE SEGURO

5.1 Documentación y Formalización del Contrato de Seguro y Deber de información.

El Tomador del Seguro tiene la OBLIGACIÓN, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Teniendo en cuenta la anterior obligación, la presente Póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y/o por el Asegurado en el Boletín de Adhesión o Solicitud de Seguro, en el Cuestionario de Salud y en cualesquiera otros medios de transmisión de información admitidos por Cigna y aceptados por el Asegurado, incluyendo expresamente la contratación electrónica y telefónica. Dichas declaraciones constituyen la obligación fundamental del Tomador del Seguro y/o Asegurado de declaración del riesgo, especialmente el Cuestionario de Salud, y por tanto constituyen un elemento esencial del contrato y la base para la formalización del mismo.

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

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

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

Una vez formalizado el contrato y durante el curso del mismo, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declarados en el momento de la contratación de la Póliza, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En ningún caso se considera agravación del riesgo la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, por lo que no ha de ser informada al Asegurador.

5.2 Condiciones de Inclusión en el seguro.

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

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

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

A los efectos del presente contrato, se considera Residente en España al asegurado que permanezca en territorio español más de 183 días seguidos.

5.3 Duración del Contrato.

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se entenderá automáticamente prorrogado por un plazo de un año y así sucesivamente a la expiración de la anualidad en curso.

Tanto el Tomador del Seguro como el Asegurador podrán oponerse a la prórroga del seguro mediante una notificación escrita a la otra parte, remitida con un plazo de, al menos, un mes de antelación a la fecha de la conclusión de la cobertura del periodo inicial o de la prórroga anual, cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

5.4 Subrogación.

El Asegurador, una vez prestada la Asistencia Sanitaria objeto del presente contrato, podrá ejercitar los derechos y acciones que, por razón de la Enfermedad o Accidente, correspondiera al Asegurado frente a las personas responsables del mismo o los organismos públicos o entidades que legal o reglamentariamente estuviesen obligados a su cobertura en virtud de aseguramiento obligatorio o voluntario, hasta el límite del coste de la Asistencia Sanitaria satisfecha.

Este derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del Asegurado ni otros familiares hasta el tercer grado de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que conviva con dicho Asegurado. Esta excepción no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo, o si la responsabilidad está amparada mediante contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

En caso de concurrencia del Asegurador y Asegurado frente al tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

5.5 Prescripción.

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

5.6 Comunicaciones.

Las comunicaciones se dirigirán al Asegurador por el Tomador del Seguro/Asegurado, al domicilio social de éste, o a cualquiera de sus oficinas u otra dirección telemática expresamente designada por el Asegurador para determinadas comunicaciones, siempre que así conste expresamente.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán al domicilio de éstos indicado en la póliza y/o dirección de correo electrónico u otro medio telemático, cuando ello sea compatible con el contenido y formato de la comunicación.

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

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

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

El Asegurador solicitará el consentimiento del Tomador del Seguro y / o el Asegurado para grabar las conversaciones telefónicas que mantengan en relación con la presente Póliza con el fin de utilizarlas en sus procesos de calidad y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes, preservando en todo caso la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

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

ARTÍCULO 6º DEBERES Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

6.1 Primas.

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

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

sido pagada antes de que se produzca el Siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

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

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

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

El Tomador del Seguro, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro con las nuevas Primas establecidas por el Asegurador para la siguiente anualidad, o su extinción al vencimiento de la anualidad en curso. En este caso deberá notificar al Asegurador con un mínimo de un mes de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza su voluntad de no prorrogar el contrato.

6.2 Colaboración en la tramitación.

En caso de Siniestro cubierto por este contrato de seguro, el Tomador del Seguro y /o el Asegurado estarán obligados a cooperar con el Asegurador en aminorar todas las consecuencias del mismo, así como a comunicar inmediatamente al Asegurador su ocurrencia, circunstancias y posibles consecuencias.

El Asegurado, sus familiares o causahabientes deberán permitir la visita de Médicos del Asegurador, así como cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesaria para la verificación del Siniestro, autorizando la entrega al Asegurador de cuantos documentos relacionados con la cobertura de la Póliza solicite.

Toda la información complementaria solicitada por el Asegurador para la comprobación del Siniestro deberá ser remitida por el Tomador del Seguro o Asegurado en el plazo máximo de sesenta (60) días desde la ocurrencia del siniestro.

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán remitir al Asegurador junto con la comunicación del Siniestro, el informe médico que especifique el diagnóstico y naturaleza de la Enfermedad, cuando así lo requiera el Asegurador. Los documentos se presentarán en la forma y con el contenido requerido por el Asegurador.

El Asegurado, deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del Médico encargado de la curación y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del Siniestro.

El incumplimiento de estas obligaciones dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen. Si concurren dolo o culpa grave por parte del Tomador del Seguro y/o Asegurado, el Asegurador quedará liberado de su obligación de indemnizar.

6.3 Impuestos y Recargos.

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deben de pagar por razón de este contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador del Seguro o del Asegurado.

ARTÍCULO 7º OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

7.1 Prestación de la Cobertura.

La asistencia sanitaria cubierta por la póliza se presta a través de los profesionales sanitarios y Hospitales en España incluidos en los Servicios Médicos Concertados.

Se exigirá la previa identificación del Asegurado como persona cubierta por el seguro. A tal fin, serán facilitadas al Tomador del Seguro al inicio de la cobertura, las correspondientes tarjetas que acreditan la condición de Asegurado y que el Asegurado deberá mostrar al facultativo junto a su Documento Nacional de Identidad o documento legalmente equivalente. La información sobre los Servicios Médicos Concertados se actualizará periódicamente en la página Web de Cigna. El Tomador del Seguro será responsable solidario de cualesquier gastos incurridos por el Asegurado por servicios prestados a través de los Servicios Médicos Concertados utilizando una tarjeta de Cigna correspondiente a un aseguramiento extinguido. Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que pudiera incurrir el Asegurado en caso de uso fraudulento de la tarjeta.

El Asegurador no reembolsará honorarios de los profesionales y demás Servicios Médicos Concertados pagados directamente por el Asegurado, ni de honorarios y gastos médicos derivados de la Asistencia Sanitaria prestada por profesionales y Hospitales no incluidos en los Servicios Médicos Concertados, salvo en los casos expresamente recogidos en la póliza.

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

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

7.2 Información al Tomador del Seguro.

Conforme a lo dispuesto en la Ley 20/2015, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y su normativa de desarrollo, señaladamente el Reglamento aprobado por Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, el Asegurador proporciona la siguiente información, además de la ya contenida en el resto de la Póliza:

a) Que la ley aplicable a este contrato de seguro es la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, así como su normativa de desarrollo.

b) Que el contrato de seguro se celebra con Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, con domicilio en Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1 – Edificio 14 – Planta Baja, (28223) Pozuelo de Alarcón, Madrid. Que Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, es una sucursal de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, compañía privada de responsabilidad limitada constituida bajo la Ley Belga, con domicilio social en Bélgica, Avenue Cortenbergh, 52, Bruselas, entidad sometida a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica, estando igualmente sometida a dicho regulador, como entidad aseguradora que opera en España en régimen de derecho de establecimiento, en materia relativa a liquidación.

c) Cuando el contrato se haya celebrado utilizando una técnica de contratación a distancia, y de conformidad a lo previsto en la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, el Tomador del Seguro podrá resolver unilateralmente el presente seguro, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de treinta (30) días desde la celebración del seguro o a la recepción por el Tomador del Seguro de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria prevista en dicha Ley, si esta recepción se produce con posterioridad a la conclusión del seguro. Para ejercitar este derecho, el Tomador del Seguro remitirá la oportuna comunicación

dirigida al Asegurador, utilizando cualquier soporte duradero y accesible al Asegurador. El Tomador del Seguro podrá remitir dicha comunicación utilizando medios electrónicos, siempre que disponga de los dispositivos que garanticen la integridad, autenticidad y no alteración de la comunicación y permitan constatar la fecha de envío y recepción de la misma. La cobertura del riesgo cesará desde la fecha de expedición por el Tomador del Seguro de la comunicación de resolución.

d) Que, para el caso de cualquier queja o reclamación sobre el seguro, el Beneficiario, Asegurado o derecho habientes de cualquiera de ellos, se pueden dirigir a las siguientes instancias para su resolución:

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

ii. Defensor del Cliente de Cigna, C/ Velázquez, 80, 1º Dcha., 28001 de Madrid, o en la dirección de correo electrónico reclamaciones@da-defensor.org.

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

iii. Una vez agotada la vía interna del Asegurador referida en el apartado anterior, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Servicio de Incidencias del Asegurador, sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada la petición.

iv. En caso de disputa, el Asegurado podrá reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

7.3 Protección de datos de carácter personal.

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

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

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

ARTÍCULO 8º RECLAMACIONES

8.1 Arbitraje.

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

8.2 Competencia de Jurisdicción.

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

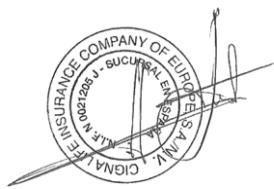
ARTÍCULO 9º: ACEPTACIÓN EXPRESA. CONSTANCIA DE RECIBO DE INFORMACIÓN

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

Igualmente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, y como pacto adicional a las Condiciones Particulares, el Tomador del Seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del presente contrato y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos.

Por último, el Tomador del Seguro reconoce expresamente haber recibido del Asegurador, por escrito, la oportuna información relativa a la legislación aplicable al contrato de seguro, las diferentes instancias de reclamación, el Estado -miembro del domicilio del Asegurador y su autoridad de control, la denominación social, dirección y forma jurídica del Asegurador, así como, en su caso, la información mínima prevista en la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

En los seguros colectivos, el Tomador del Seguro manifiesta haber facilitado a los Asegurados y facilitará a eventuales futuros Asegurados tal información, así como cualquier otra que afecte a los derechos y obligaciones de los Asegurados en virtud de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de esta Póliza, y especialmente la relativa a la información y consentimiento del tratamiento de datos de carácter personal, con anterioridad a su inclusión en el seguro.



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

CIGNA SALUD PLENA

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

ARTÍCULO 2º COBERTURAS DEL SEGURO

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

2.2 Asistencia médica primaria. [apartado correspondiente a la Pediatría]

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

2.4.15 Ginecología y Obstetricia.

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

Se incluyen las siguientes **Pruebas Ginecológicas**:

- » Monitorizaciones
- » Histeroscopias
- » Triple screening en embarazo

2.4.30 Urología.

Se incluye igualmente la biopsia prostática transrectal.

2.5.1 Análisis Clínicos.

Se incluye la realización de determinaciones en:

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

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

2.5.2 Anatomía Patológica.

Se incluyen la citopatología y las biopsias.

2.7 Hospitalización Médico-Quirúrgica.

Queda redactado de la siguiente manera:

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

[Sigue cobertura en Condiciones Generales]

b. Servicios Médicos Concertados Hospitalarios.

Queda redactado de la siguiente manera:

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

[Sigue cobertura en Condiciones Generales]

2.9.1 Ambulancia.

Queda redactado de la siguiente manera:

Se cubre el servicio de ambulancia terrestre para traslado a un Hospital, o desde éste al domicilio del Asegurado, por prescripción de un Médico Concertado (por causa clínica y siempre que no pueda realizarse por otro medio), de acuerdo con los límites establecidos en la Póliza. No se aplicarán dichos límites cuando el traslado por ambulancia sea necesario y, de no prestarse de forma inmediata, ponga en peligro la vida del Asegurado o derive en un daño irreparable para su integridad física o para su salud.

2.9.5 Trasplantes.

Queda redactado de la siguiente manera:

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

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

2.9.12 Psicología clínica.

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

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

2.9.13 Gastos farmacéuticos

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

ARTÍCULO 3º PERIODOS DE CARENCIA

Artículo 3.1 Parto y/o Cesárea queda sustituido por:

3.1 Maternidad

La asistencia sanitaria ginecológica y/u obstétrica necesaria para el seguimiento y vigilancia del embarazo, incluida la matrona así como la atención al parto o cesárea y puerperio, tienen un **Periodo de Carencia de ocho (8) meses** contados desde la fecha de inicio del período de cobertura, salvo en partos o cesáreas practicados en casos de Urgencia Vital (tal y como viene definido en la Póliza) para la madre o para el feto, o en partos diagnosticados como prematuros, siempre que la gestación se haya iniciado con posterioridad a la fecha del alta de la Asegurada. Este periodo de carencia afecta a las consultas de tocología, a las pruebas diagnósticas y/o

actos terapéuticos relacionados, así como a la preparación del parto.

Se aplica igualmente el **Periodo de Carencia de ocho (8) meses**, a las cesáreas que se prescriban a la Asegurada de forma anticipada (cesáreas programadas, con independencia de su motivación) y que no sean consecuencia de una Urgencia Vital para la madre o para el feto.

3.2 Hospitalización y/o Cirugía queda sustituido por:

3.2 Hospitalización y/o Cirugía.

Todas las prestaciones incluidas dentro del Artículo 2.7 de las Condiciones Generales tienen un **Periodo de Carencia de ocho (8) meses**, contados desde la fecha de inicio del período de cobertura, salvo en casos de Urgencia Vital para el Asegurado.

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

3.4 Ligadura de Trompas y Vasectomía

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

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