

Condiciones Generales

del seguro de asistencia sanitaria de CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A./N.V. Sucursal en España

Información legal del Asegurador:

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

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 809, Folio 205, Sección 8, Hoja M-11184

Inscrita en la Dirección General de Seguros bajo el número E0133 NIF: N-0021205J

Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A./N.V. Sucursal en España es una 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 de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances Belga.

- **Atención al cliente: 902 363 666**
- **Urgencias / Telemedicina 24h / Orientación psicológica: 902 365 300**
- **Urgencias en viajes al extranjero: + 34 91 572 44 06**
- **Segunda opinión médica: 902 363 666**
- **Página Web: www.CIGNA.es**

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

DEFINICIONES

A los efectos del presente contrato de asistencia sanitaria, se entenderá por:

Accidente: lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

A los efectos del presente contrato, no se considerarán Accidentes las enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.

Asegurado: el Asegurado es la persona física residente en España a quien corresponden los derechos que derivan del contrato y a la que se prestará la asistencia sanitaria en los términos y condiciones pactados y quien, en defecto del Tomador, asume personalmente las obligaciones derivadas del presente contrato.

Asegurador: es CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A./N.V. Sucursal en España (en lo sucesivo la Aseguradora, el Asegurador y/o "CIGNA"), quien tras la emisión de la póliza y el cobro de la correspondiente prima, asume el riesgo objeto del presente contrato durante el periodo de cobertura al Asegurado y dentro de los términos y condiciones pactados.

Asistencia Sanitaria: conjunto de servicios médicos y quirúrgicos comprendidos en la póliza y prestados al Asegurado, con relación a su salud, por parte de un profesional de la sanidad legalmente habilitado para ello, en el ejercicio de su profesión (incluye asistencia médica y quirúrgica, tanto Ambulatoria como Hospitalaria).

Consulta: acción de atender presencialmente el profesional de la sanidad, legalmente habilitado, al paciente con el fin de diagnosticar y tratar una enfermedad o lesión, con o sin prescripción de pruebas diagnósticas.

Copago: importe fijo que el Tomador y/o Asegurado abona por la prestación de la asistencia sanitaria, con el fin de compartir con la Aseguradora los costes de la referida asistencia, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en la póliza. La parte de la asistencia abonada por el Tomador y/o Asegurado no será objeto de reembolso por el Asegurador.

Cuestionario de Salud: declaración facilitada por el Tomador o el Asegurado a la Aseguradora, consistente en una serie de preguntas, en las que se deben declarar por el Asegurado todas las circunstancias y datos de carácter médico que sean requeridas por la Aseguradora, con el fin de determinar su estado de salud, debiendo siempre declararse por el Asegurado todas aquellas circunstancias adicionales que puedan influir en la correcta evaluación y valoración del riesgo. El cuestionario de salud podrá facilitarse y cumplimentarse en cualquier formato, pudiendo realizarse telefónicamente, siempre y cuando se garantice la confidencialidad, autenticidad y no alteración, y se garantice la conservación, accesibilidad y reproducción de la información facilitada.

Culpa Grave: incumplimiento inexcusable del deber precontractual de declaración de todas y cada una de las circunstancias que influyen en la valoración del riesgo y son determinantes en la voluntad del Asegurador en la conclusión del contrato.

Dolo: incumplimiento voluntario y deliberado del deber precontractual de declaración de todas y cada una de las circunstancias que influyen en la valoración del riesgo y son determinantes en la voluntad del Asegurador en la conclusión del contrato con la intención de engañar al Asegurador.

Enfermedad o Lesión: toda alteración involuntaria del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un Médico y que haga precisa la Asistencia Sanitaria.

Enfermedad Congénita: defecto, malformación, enfermedad o lesión con que se nace, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético.

Enfermedad o Lesión Preexistente: cualquier enfermedad o lesión, o los síntomas relacionados con dicha enfermedad o lesión, anterior a la contratación de la póliza, con independencia de que fuera o no conocida por el Asegurado y haya sido diagnosticada o no por un médico.

Especialista: médico que ha recibido formación como especialista en una rama de la medicina o de la cirugía que le permite ejercer esa rama particular de la medicina o de la cirugía y que dispone o mantiene una consulta médica en un Hospital o en un establecimiento que el Asegurador haya reconocido como de nivel equivalente.

Extracción Dentaria Simple: exodoncia que por su dificultad técnica, no precisa ningún tipo de instrumentación especial para poderla realizar.

Extracción Dentaria Compleja: aquella exodoncia de piezas dentarias y/o restos radiculares que requiere para efectuarla algún tipo de instrumentación especial, bien sea por su anatomía o por el estado destructivo de la pieza dentaria.

Franquicia: cantidad o porcentaje de cada siniestro, previamente pactada, que se repercute económicamente en el propio asegurado y que no es objeto de reembolso por parte del Asegurador.

Habitación Convencional: habitación de Hospital de una única estancia o habitación. No se consideran como convencionales las suites o habitaciones con antesala.

Hospital: todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para prestar la asistencia sanitaria, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un Médico las 24 horas del día.

A los efectos de la Póliza no se considerarán Hospitales, los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

Hospitalización: supone el registro de entrada del Asegurado y su permanencia en el Hospital durante un mínimo de 24 horas.

Hospitalización de Día: supone el registro del Asegurado como paciente en aquellas unidades del Hospital así denominadas específicamente, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, sin que ello suponga pernoctar en el Hospital y pudiendo o no realizar una comida principal en dicha unidad hospitalaria.

Límite parcial por asistencia ambulatoria: comprende el capital máximo a reembolsar, por cada anualidad del seguro, por parte de la Aseguradora para la totalidad de los gastos correspondientes a asistencia sanitaria no prestada en régimen de hospitalización, según los términos y condiciones pactados.

Límite parcial por asistencia hospitalaria: comprende el capital máximo a reembolsar, por cada anualidad del seguro, por parte de la Aseguradora para la totalidad de los gastos correspondientes exclusivamente a la asistencia médica y/o quirúrgica prestada al Asegurado como consecuencia de su ingreso como paciente en un hospital.

Médico: doctor o licenciado en medicina legalmente titulado y autorizado en el lugar donde practica para tratar médica o quirúrgicamente las Enfermedades o Lesiones.

Medios Ajenos: facultativos y centros no incluidos en la "Red CIGNA de Servicios Sanitarios".

Periodo de Carencia: periodo de tiempo contado desde la fecha de inicio de la cobertura durante el cual no se presta y/o reembolsa alguna/s coberturas de la Póliza.

Póliza: conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del Seguro de asistencia sanitaria. La póliza se compone de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales y de aquellos suplementos, apéndices y anexos que se emitan para complementarla, modificarla o aclararla.

Prima: precio del Seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

Prótesis: sustitutivo artificial que implantado de una forma temporal o permanente, mediante técnica especial operatoria, suple a un tejido u órgano o complementa su función.

Recién nacido: a los efectos del presente contrato de seguro de asistencia sanitaria, es la etapa de la vida que se extiende durante siete días a partir del nacimiento.

Reserva: omisión del deber del Tomador y/o Asegurado de declaración de todas y cada una de las circunstancias que influyen en la valoración del riesgo y son determinantes en la voluntad del Asegurador en la conclusión del contrato.

Seguro: el contrato de seguro es aquel por el que el Asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al Asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

Seguro de Asistencia Sanitaria: contrato por el que el Asegurador asume, mediante el cobro de una prima, el compromiso de prestar a su Asegurado la asistencia sanitaria comprendida en la póliza y/o reembolsar al Asegurado los gastos de asistencia sanitaria que previamente haya abonado por la utilización

de servicios sanitarios ajenos a CIGNA, todo ello dentro de los límites pactados en la póliza y dentro del periodo de duración de la misma.

Servicios Médicos Concertados: conjunto de profesionales de la sanidad y Hospitales concertados por el Asegurador en España, que constan expresamente y en cada momento en sus listados de Servicios Médicos y que están vigentes en el momento de la percepción de la prestación.

Siniestro: evento cuyo riesgo es objeto de cobertura por alguna de las garantías de la Póliza. El conjunto de servicios derivados de una misma causa constituyen un único siniestro.

Tomador del Seguro: 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.

Urgencia vital: necesidad urgente e inmediata de recibir Asistencia Sanitaria y que de no prestarse se pondría en peligro la vida del Asegurado o derivaría en un daño irreparable en su integridad física.

Urgencia Ambulatoria: cuando la Asistencia Sanitaria requerida directamente por una Urgencia sea prestada tanto en el domicilio del Asegurado como en un centro ambulatorio con servicio de urgencias.

Urgencia Hospitalaria: cuando la Asistencia Sanitaria requerida por una Urgencia sea prestada en un Hospital.

Artículo 1º OBJETO

Por el presente contrato, CIGNA asume el compromiso de prestar a su Asegurado la asistencia sanitaria de acuerdo con los términos, condiciones y con los límites expresamente establecidos en las presentes Condiciones Generales, así como en las Condiciones Particulares y Especiales, suplementos, apéndices y anexos de la póliza, y dentro del periodo de duración de la misma.

Artículo 2º COBERTURAS DEL SEGURO

Los documentos que integran la Póliza de Seguro determinan las coberturas que han sido contratadas por el Tomador del Seguro, así como los límites temporales, cuantitativos de las distintas coberturas y las exclusiones.

El Asegurador no prestará ninguna cobertura que no haya sido expresamente contratada y por tanto no esté incluida y/o especificada en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de esta Póliza, suplementos, apéndices y anexos. Las coberturas siempre se prestarán en los términos y condiciones establecidos en la presente Póliza.

Durante los periodos de carencia establecidos para ciertas prestaciones no se tiene derecho a la prestación.

En todo caso el Asegurador asume la necesaria Asistencia Sanitaria en caso de Urgencia vital, de acuerdo con lo previsto en la Póliza.

Todos los límites y elementos definitorios de la cobertura serán de aplicación acumulativamente, y, en consecuencia, la cobertura de este Seguro en ningún caso excederá ninguno de los límites aplicables.

Están cubiertas las siguientes prestaciones sanitarias:

2.1 Urgencias ambulatorias y hospitalarias.

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

- Medicina General.
- Pediatría y Puericultura. Incluye programa de medicina preventiva (ver 2.9.12).

2.3 Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) o Diplomado Universitario en Enfermería (D.U.E.):

Asistencia en consultorio y a domicilio prestada por un A.T.S. o D.U.E., previa prescripción facultativa.

2.4 Especialidades: Se incluyen las consultas y las pruebas diagnósticas y tratamientos prescritos única y exclusivamente en las siguientes especialidades y cirugías:

- 2.4.1 Alergología e Inmunología.** La prestación no cubre las vacunas, que serán por cuenta exclusiva del Asegurado.
- 2.4.2 Anestesiología y Reanimación.**
- 2.4.3 Angiología y Cirugía Vascolar.**
- 2.4.4 Aparato Digestivo.** Incluye programa de medicina preventiva (ver 2.9.12).
- 2.4.5 Cardiología.** Incluye programa de medicina preventiva (ver 2.9.12).
- 2.4.6 Cirugía Cardiovascular.**
- 2.4.7 Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- 2.4.8 Cirugía Oral y Maxilofacial.**
- 2.4.9 Cirugía Pediátrica.**
- 2.4.10 Cirugía Plástica y Reparadora.** Se cubre exclusivamente cuando sea necesaria para eliminar las secuelas de una enfermedad o lesión que esté cubierta por la presente Póliza y haya sido sufrida durante el periodo de cobertura de la misma, o como consecuencia de una intervención quirúrgica que haya sido cubierta por esta Póliza. Está cubierta la reconstrucción mamaria inmediata.
- 2.4.11 Cirugía Torácica.**
- 2.4.12 Dermatología y Venerología.**
- 2.4.13 Endocrinología y Nutrición.**
- 2.4.14 Geriátrica.**
- 2.4.15 Ginecología y Obstetricia.** La prestación también cubre la implantación del método anticonceptivo DIU pero no el coste del dispositivo. También queda cubierta la ligadura de trompas. Incluye programa de medicina preventiva que incluye una revisión ginecológica anual. (Ver 2.9.12)
- 2.4.16 Hematología y Hemoterapia.**
- 2.4.17 Medicina Interna.**
- 2.4.18 Nefrología.**
- 2.4.19 Neonatología.**
- 2.4.20 Neumología.**
- 2.4.21 Neurocirugía.**
- 2.4.22 Neurología.**
- 2.4.23 Odontoestomatología.** La prestación cubre las visitas, extracciones dentarias simples, radiografías periapicales (para ver la parte más interna de la pieza dentaria), ortopantomografías y una limpieza bucal anual.
- 2.4.24 Oftalmología.** Entre las prestaciones de esta especialidad queda expresamente cubierta la Tomografía de coherencia óptica (OCT) en diagnóstico oftalmológico.
- 2.4.25 Oncología Médica y Radioterápica.** Entre las prestaciones de esta especialidad quedan expresamente cubiertas las dianas terapéuticas en los servicios médicos especialmente concertados.

2.4.26 Otorrinolaringología.

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

2.4.28 Reumatología.

2.4.29 Cirugía Ortopédica y Traumatología.

2.4.30 Urología. Entre las prestaciones queda expresamente cubierta la vasectomía en los servicios médicos concertados. Incluye programa de medicina preventiva (ver 2.9.12).

2.5 Medios complementarios de diagnóstico: Los medios de diagnóstico incluidos se realizarán en todos los casos previa prescripción de un Médico, quedando incluida la utilización de contrastes.

2.5.1 Análisis Clínicos.

2.5.2 Anatomía Patológica.

2.5.3 Neurofisiología Clínica. Entre las prestaciones se incluyen: electroencefalogramas, electromiogramas, potenciales evocados. Polisomnografías y los estudios poligráficos y monitorizaciones en el domicilio del Asegurado hasta un máximo de un estudio de 24 horas por Asegurado y año.

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

- a) **Caracterización de nódulo pulmonar solitario.**
- b) **Detección de tumor de origen desconocido.**
- c) **Caracterización de masa pancreática.**
- d) **Tumores de cabeza y cuello.** Para estadificación, monitorización de respuesta al tratamiento o detección en caso de sospecha de recidiva.
- e) **Cáncer de pulmón primario.** En caso de estadificación o de detección por sospecha de recidiva.
- f) **Cáncer de mama.** Para estadificación y detección por sospecha de recidiva.
- g) **Cáncer de esófago.** Para estadificación exclusivamente.
- h) **Carcinoma de páncreas.** Para estadificación y detección por sospecha de recidiva.
- i) **Cáncer colo-rectal.** Para estadificación y detección por sospecha de recidiva.
- j) **Linfoma maligno.** Para estadificación, monitorización de la respuesta al tratamiento y detección por sospecha de recidiva.
- k) **Melanoma maligno.** Para detección por sospecha de recidiva y para estadificación con Breslow > 1,5mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.
- l) **Gliomas con alto grado de malignidad (III o IV).** En caso de detección por sospecha de recidiva.
- m) **Cáncer de tiroides (no medular).** Sólo para pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo, en caso de sospecha razonable de recidiva.

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

2.5.5 Radiodiagnóstico. Cubre las técnicas habituales como:

- Radiología general,
- ecografía,
- T.A.C. (tomografía axial computerizada),
- RMN (resonancia magnética nuclear),
- angiografía,
- arteriografía digital,
- densitometría ósea,
- mamografía,
- radiología vascular e intervencionista,
- una ecografía de alta resolución por embarazo.

2.5.6 Otros medios de diagnóstico.

- **Endoscopias digestivas diagnósticas o terapéuticas,** quedando cubierta la sedación si fuera preciso.
- **Pruebas cardiológicas.** Se cubren los ecocardiogramas, holter, ergometrías, estudios electrofisiológicos y hemodinámica.
- **Pruebas respiratorias y otorrinolaringológicas.** Se cubren las espirometrías, endoscopias y pruebas vestibulares.
- **Pruebas ginecológicas.** Se cubren las citologías, amniocentesis (en los casos de: riesgo de anomalía cromosómica fetal; edad materna avanzada (a partir de 35 años); cromosomopatía fetal en gestación previa; anomalía cromosómica estructural o mosaicismo en progenitor; anomalía fetal ecográfica o datos sugestivos de aneuploidía; marcadores de aneuploidía en suero materno; riesgo de trastorno genético ligado al sexo; riesgo de trastorno metabólico congénito; riesgo de defecto del tubo neural; alfa-fetoproteína; acetilcolinesterasa; riesgo de infección fetal), monitorizaciones e histeroscopias.
- **Pruebas oftalmológicas.** Se cubren las campimetrías, angiografías fluoresceingráficas y retinografías.
- **Pruebas urológicas.** Se cubren los estudios urodinámicos, flujo-metrías y las cistoscopias.

2.6 Tratamientos especiales: Cubrimos los siguientes tratamientos:

- a) **Aerosolterapia.** Se cubren los gastos derivados de este tratamiento, en caso de patología crónica o aguda, con los límites en su caso establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza, tanto en un Hospital como a domicilio.
- b) **Oxigenoterapia.** Se cubren los gastos derivados de este tratamiento, en caso de patología crónica o aguda, con los límites en su caso establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza, tanto en un Hospital como a domicilio. Cubre los gastos derivados tanto del acto médico de la oxigenación como del oxígeno necesario.
- c) **Ventiloterapia.** Se cubren los gastos derivados de este tratamiento los términos establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza, tanto en un Hospital como a domicilio. Se incluye específicamente el tratamiento con CPAP o BPAP.

- d) **Radioterapia, Cobaltoterapia, Quimioterapia.** En aquellos casos en que sea necesario, la prestación cubre la medicación quimioterápica que sea antineoplásica dispensada en régimen de hospitalización para un proceso oncológico, con un reembolso máximo de su Precio de Venta al Público fijado y publicado por el Ministerio de Sanidad o la autoridad que resulte competente.

- e) **Diálisis y riñón artificial.** Sólo se cubren los gastos derivados del tratamiento, durante los días necesarios, de las insuficiencias renales agudas de carácter reversible, así como las reagudizaciones de procesos crónicos.

- f) **Fisioterapia y Rehabilitación.** La prestación cubre las curas fisioterapéuticas y/o tratamiento de rehabilitación de patologías agudas y/o crónicas reagudizadas en Hospital o consultorio, como consecuencia de accidente o enfermedad cubiertos por la Póliza, y bajo prescripción facultativa, con los límites, en su caso, establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza.

- g) **Foniatría y Logopedia.** Se cubre la foniatría y logopedia con los límites, establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza.

2.7 Hospitalización y/o Cirugía. Siempre bajo la prescripción escrita de un médico o especialista legalmente habilitado (tanto de los servicios médicos concertados como ajeno a los mismos), esta prestación cubre:

- a) **Gastos ocasionados por estancia Hospitalaria** (uso de Habitación Convencional y manutención del Asegurado ingresado y cama de acompañante, si la hubiera).

- b) **Servicios Médicos Hospitalarios.** Gastos de utilización de quirófano, material, medicamentos o cualquier otro concepto de servicios médicos prestados durante la Hospitalización.

- c) **Gastos por honorarios de Médico cirujano** para todas las especialidades quirúrgicas contratadas y de los ayudantes y anestelistas que intervengan.

- d) **Gastos por honorarios Médicos** en especialidades no quirúrgicas durante las Hospitalizaciones.

- e) **Gastos de Hospitalización psiquiátrica.** Cubre los gastos ocasionados por el tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas en régimen de Hospitalización, bajo prescripción facultativa, hasta el máximo de días por Asegurado y año establecido en las Condiciones Particulares o Especiales. Así mismo, se cubren los gastos derivados de las consultas que el Asegurado precise durante la Hospitalización con el límite por Asegurado y año que se determine en las Condiciones Particulares o Especiales de la Póliza.

- f) **Gastos de Hospitalización del Asegurado** en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cuando por su gravedad requiera cuidados intensivos o vigilancia permanente.

- g) **Gastos de Hospitalización de Día.**

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

2.8.1 Tocología.

2.8.2 Parto o cesárea.

2.8.3 Preparación al parto.

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 las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de esta Póliza, y hasta un máximo de 7 días de Hospitalización. Transcurrido dicho plazo el recién nacido sólo quedará cubierto a partir de su alta en la Póliza.

2.9 Otras coberturas.

2.9.1 Ambulancia. Esta prestación cubre el servicio de ambulancia terrestre para traslado a un hospital, o desde éste al domicilio del Asegurado, por prescripción de un médico, siendo de aplicación los límites establecidos en las Condiciones Especiales o Particulares. Tales límites no serán de aplicación cuando el traslado por ambulancia sea necesario y de no prestarse de forma inmediata, ponga en peligro la vida del Asegurado o derive en un daño irreparable para su integridad física.

2.9.2 Podología. La presente cobertura incluye las consultas y la cirugía de uña encarnada, así como pequeños tumores cutáneos con los límites en su caso establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales.

2.9.3 Telemedicina CIGNA 24H. Servicio permanente de orientación médica telefónica. El servicio se prestará en el número de teléfono indicado por el Asegurador al efecto.

2.9.4 Prótesis. Esta prestación cubre las válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de cadera, prótesis de by-pass vascular, prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares monofocales en casos de cirugía de cataratas, con los límites establecidos en las Condiciones Particulares o Especiales y las prótesis mamarias tras mastectomía radical por proceso oncológico y sólo de la mama afectada con los límites fijados en las Condiciones Particulares y Especiales.

Se incluyen las mallas quirúrgicas en reparación de defectos de la pared abdominal.

En todos los casos se requerirá factura original de la casa suministradora.

2.9.5 Transplantes de órganos. Cubre los gastos hospitalarios y médicos derivados de la realización al Asegurado de transplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares.

No se cubrirán los gastos derivados de transplantes de órganos al Asegurado, que excedan 120.205€.

2.9.6 SIDA. 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. El límite máximo de cobertura para gastos relacionados con dichas Enfermedades o Lesiones, bajo las modalidades de Servicios Médicos Concertados y de Reembolso de Gastos, conjuntamente, será de 6.100€ por Asegurado y para toda la vida del Asegurado.

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

Las Enfermedades respecto de las cuales se podrá solicitar la información antes referida son las siguientes: oncología; enfermedades

cardíacas (incluyendo cirugía cardíaca y angioplastia); trasplante de órganos; enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas (incluyendo accidentes cerebrovasculares); cirugía ortopédica compleja; enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso; enfermedades y dolencias derivadas de la insuficiencia renal.

En aquellos casos en que tras la segunda opinión médica, el asegurado desee desplazarse al extranjero para recibir tratamiento, el Asegurado podrá recibir información sobre servicios de apoyo llamando al teléfono especialmente designado que se indica al inicio de estas condiciones generales. El hecho de que los Asegurados tengan acceso a la referida información o servicios en ningún caso supone que el Asegurador cubra la Asistencia Sanitaria en el extranjero, que sólo estará cubierta cuando se especifique expresamente en la póliza y siempre en los términos y condiciones pactados.

2.9.8 Cobertura en Estados Unidos para Enfermedades Graves. Prestación no cubierta en la póliza.

2.9.9 Servicio de Orientación Psicológica. Este servicio se prestará en el número de teléfono y horario indicado por el Asegurador al efecto y por consultas online.

2.9.10 Psicología Clínica. Prestación no cubierta en la póliza.

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

2.9.12 Medicina Preventiva. La cobertura Incluye los siguientes servicios y comprende las consultas médicas, exploraciones físicas y pruebas diagnósticas específicas necesarias para la detección precoz de enfermedades:

- a) **Aparato Digestivo.** Programa de prevención del cáncer colorrectal, para Asegurados en edad de riesgo, determinada ésta según los estándares médicos aceptados.
- b) **Cardiología.** Programa de prevención del riesgo coronario para Asegurados en edad de riesgo, determinada ésta según los estándares médicos aceptados y rehabilitación cardíaca después de haber sufrido un infarto de miocardio agudo con el fin de evitar nuevos ataques.
- c) **Dental.** Consulta y exploración de salud bucodental, así como limpieza bucal anual.
- d) **Ginecología.** Revisiones anuales ginecológicas para el diagnóstico precoz de enfermedades de mama y de cuello uterino. Diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.
- e) **Obstetricia.** Clases de preparación al parto.
- f) **Planificación familiar.** Implantación de D.I.U., corriendo el coste del dispositivo por cuenta del Asegurado. Ligadura de trompas y vasectomía.
- g) **Pediatría.** Consultas periódicas y del desarrollo infantil así como, exámenes de salud del recién nacido, incluyendo pruebas de otoemisiones, audiometría, test de agudeza visual, metabolopatías, tanto en los casos establecidos en artículo 2.8.4 de las Condiciones Generales, como, en su caso, una vez dado de alta en la Póliza.
- h) **Urología.** Programa de prevención del cáncer prostático para Asegurados en edad de riesgo, determinada ésta según los estándares médicos aceptados.

Artículo 3º EXCLUSIONES

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

Se EXCLUYEN en todo caso de las coberturas de este seguro las prestaciones consecuencia de:

3.1 Los daños o siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.

3.2 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.

3.3 Fenómenos de la naturaleza tales como inundación extraordinaria, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos.

3.4 Los derivados de la energía nuclear.

3.5 Epidemias oficialmente declaradas.

3.6 Las Enfermedades o Lesiones preexistentes. La presente exclusión no aplica a la cobertura mediante la modalidad de Servicios Médicos Concertados cuando no fuese requerido el cuestionario de salud, ni cuando, siendo requerido, CIGNA haya aceptado expresamente y por escrito cubrir la preexistencia. Tampoco es aplicable al Asegurado una vez haya estado cubierto por el Seguro, al menos, un año.

3.7 Toda clase de Enfermedades Congénitas, salvo las de:

- a) Los hijos del Asegurado que hayan nacido durante la vigencia de la Póliza, dados de alta en el plazo de un mes desde su nacimiento, y cuyos partos (o cesáreas) hayan estado cubiertos por esta Póliza.
- b) Los hijos del Asegurado que hayan nacido o sido adoptados durante la vigencia de la Póliza cuyos partos (o cesáreas) no hayan estado cubiertos por la Póliza, siempre y cuando el Asegurado haya comunicado al Asegurador, con al menos un mes de antelación a la fecha de nacimiento y/o adopción, la intención de asegurar a tales hijos y hayan sido dados de alta en el plazo de un mes desde su nacimiento.

La cobertura de las Enfermedades Congénitas para la modalidad de reembolso está limitada a 12.100€ para toda la vida del asegurado, de tal forma que, agotado el límite citado, el Asegurador no tendrá obligación de reembolsar ningún otro gasto relacionado con dicha patología.

3.8 Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita, tratamiento o prueba que tenga carácter de medicina preventiva (salvo los citados en el Artículo 2.9.12) o que no se considere médicamente aceptados por la comunidad científica de España en cada momento.

3.9 Cualquier internamiento Hospitalario, operación quirúrgica, prueba diagnóstica o tratamiento médico que no haya sido prescrito y aprobado por un Médico.

3.10 En el caso de trasplante al Asegurado de órganos, tejidos, células o componentes celulares, no quedan cubiertos dichos órganos, tejidos, células o componentes celulares, ni su transporte.

3.11 El 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.

3.12 La cirugía plástica o reparadora (salvo la citada en el Artículo 2.4.10.) y/o los tratamientos estéticos. Las curas de rejuvenecimiento, desintoxicación y/o sueño, las curas termales y climáticas. Tratamientos en balnearios. Las gimnasias y terapias de mantenimiento. Quedan expresamente excluidas, la medicina alternativa, naturopatía, homeopatía, osteopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia y similares.

3.13 Las prótesis de cualquier tipo así como las piezas anatómicas ortopédicas, salvo las específicamente cubiertas por la Póliza en el Artículo 2.9.4. Igualmente quedan expresamente excluidas las intervenciones quirúrgicas para la implantación o sustitución de una prótesis no cubierta en póliza.

3.14 Las técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser, salvo las técnicas de fotocoagulación en oftalmología, las técnicas que usan el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica, el láser utilizado en la cirugía proctológica y los dispositivos empleados en la rehabilitación músculo-esquelética.

3.15 Las operaciones de cambio de sexo y/o cualquier tratamiento necesario para prepararse o recuperarse de dichas operaciones (por ejemplo, asesoramiento psicológico) así como las complicaciones como resultado de dicho tratamiento.

3.16 Las determinaciones del mapa genético que tengan como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas Enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. Quedan expresamente cubiertas las dianas terapéuticas dentro de los protocolos de tratamientos oncológicos y siempre en los servicios médicos concertados para este fin.

3.17 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.

3.18 Todo lo relativo al psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológicos, narcolepsia y/o similares. La terapia educativa o educación especial en enfermos con afección psíquica.

3.19 El tratamiento para o en conexión con la logopedia que no tenga una naturaleza reconstituyente, o si dicha terapia:

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

3.20 Tratamientos dietéticos (curas de adelgazamiento), salvo con ocasión de Enfermedad cubierta por la Póliza.

3.21 Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las Enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovaloramiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento.

Todos aquellos medios diagnósticos y tratamientos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén probados científicamente o que no gocen del consenso en la comunidad médica de España o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles, salvo aceptación previa y por escrito del Asegurador. Cualquier procedimiento o tratamiento no reconocido por la Organización Médica Colegial de España.

3.22 La tentativa de suicidio o de mutilación voluntaria y los Accidentes causados intencionadamente por el Asegurado.

3.23 Fertilización "in Vitro", inseminación artificial, así como cualquier otro tratamiento destinado a solucionar problemas de esterilidad. La reversión tanto de la vasectomía como de cualquier otro tratamiento quirúrgico dirigido a provocar la infertilidad del Asegurado.

3.24 El estudio diagnóstico y el tratamiento de la impotencia sexual.

3.25 La Hospitalización por problemas de tipo social.

3.26 Para los Asegurados cubiertos por las prestaciones del Régimen de la Seguridad Social está expresamente excluido el coste de 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.

3.27 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.

3.28 La Cirugía refractiva para la corrección de la Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo y cualquier otro problema de la vista que pueda solucionarse con el uso de gafas o lentes de contacto. No obstante, en los casos en que exista una necesidad médica de intervenir al Asegurado, por tratarse de problemas de refracción que no pueden ser corregidos con gafas o lentes de contacto, el Asegurador cubrirá los costes de la intervención en las condiciones y límites pactados en las Condiciones Particulares.

3.29 Todas aquellas coberturas no contratadas. El Asegurador sólo cubre las coberturas contratadas expresamente, en los términos y con los límites previstos en la Póliza. Todas aquellas coberturas derivadas de un uso abusivo o fraudulento.

3.30 Adicionalmente a las anteriores exclusiones, en cualquier caso, a la cobertura de asistencia en viaje al extranjero le son aplicables las exclusiones establecidas en el correspondiente Anexo.

3.31 Quedan excluidas en la Modalidad de Reembolso las siguientes coberturas: la ligadura de trompas; la vasectomía; la Odontostomatología; las Dianas Terapéuticas; la Aerosolterapia, Ventiloterapia y Oxigenoterapia.

3.32 No se cubren los gastos Hospitalarios por uso de teléfono, televisión, manutención por acompañante y otros servicios no relacionados directamente con el tratamiento de la enfermedad o lesión.

3.33 No están incluidos los traslados relacionados con tratamientos de rehabilitación, ni con la realización de pruebas diagnósticas o consultas en régimen ambulatorio.

Artículo 4º INICIO Y FIN DE LA COBERTURA Y PERIODOS DE CARENCIA

4.1 Inicio de la cobertura.

Las coberturas serán efectivas desde las 00.00 horas del día del inicio del periodo de cobertura, con la excepción de las garantías descritas en el punto 4.3, que tendrán los Periodos de Carencia que se asignan a cada cobertura.

4.2 Fin de la cobertura.

Las coberturas del Seguro cesarán automáticamente a partir de las 00.00 horas del día siguiente al que finalice el periodo de cobertura.

La cobertura también finaliza para el Asegurado, si la Prima correspondiente no es abonada, todo ello, en los términos previstos en estas Condiciones Generales.

Así mismo, la cobertura de esta Póliza finalizará en caso de fallecimiento del Asegurado o cuando se produzca la baja del Asegurado en los términos establecidos en las Condiciones Particulares.

En el caso de pólizas no colectivas, la cobertura del seguro para los productos de reembolso y mixtos, cesará al término de la anualidad del seguro en la que el Asegurado cumpla la edad de 70 años. En este caso, siempre y cuando el Asegurado haya tenido suscrito un seguro de asistencia sanitaria con CIGNA durante los 5 años inmediatamente anteriores, podrá suscribir en el plazo de un mes desde la finalización de su cobertura, y previa la correspondiente valoración del riesgo, una póliza individual de seguro en la modalidad de servicios médicos concertados.

4.3 Periodos de Carencia.

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

4.3.1 Parto o Cesárea. La prestación de parto o cesárea tiene un periodo de carencia de ocho (8) meses contados desde la fecha de inicio del periodo de cobertura, salvo en casos de urgencia por riesgo vital para la madre o 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 8 meses, no quedando por tanto cubiertas durante el mismo 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 por riesgo vital para la madre o el feto.

4.3.2 Hospitalización y/o Cirugía. Todas las prestaciones incluidas dentro del Artículo 2.7 de las Condiciones Generales, tienen un periodo de carencia de seis (6) meses, contados desde la fecha de inicio del periodo de cobertura, salvo en casos de urgencia por riesgo vital para el Asegurado.

4.3.3 Acceso a la Red Hospitalaria de CIGNA en EEUU. No aplica la presente carencia.

4.3.4 Transplantes. Tiene un periodo de carencia de doce (12) meses contados desde la fecha de inicio del periodo de cobertura del Asegurado en la Póliza.

Artículo 5º ÁMBITO TERRITORIAL

Las coberturas serán válidas exclusivamente en España, salvo en lo que se refiera a la 2.9.11 Asistencia Médica en Viaje en el Extranjero.

REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

Artículo 6º ASEGURADOR / TOMADOR Y ASEGURADO

El Asegurador. Es CIGNA, quien tras la emisión de la póliza y el cobro de la correspondiente prima, asume el riesgo objeto del presente contrato durante el periodo de cobertura al Asegurado y dentro de los términos y condiciones pactados.

El Tomador del Seguro. Es la persona, física o jurídica, que contrata el seguro por cuenta propia o ajena y al que corresponden las obligaciones y los deberes

que derivan del mismo, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

El Asegurado. El Asegurado es la persona física residente en España a quien corresponden los derechos que derivan del contrato y a la que se prestará la asistencia sanitaria en los términos y condiciones pactados y quien, en defecto del Tomador, asume personalmente las obligaciones derivadas del presente contrato.

Artículo 7º DOCUMENTACIÓN Y FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y DEBER DE INFORMACIÓN

7.1 La póliza de su seguro de salud la componen las presentes Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales y los anexos, suplementos y apéndices que sean de aplicación y que se integren en su documentación contractual. 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.

7.2 El Tomador del seguro y/o Asegurado tiene el DEBER, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Teniendo en cuenta la anterior obligación, su contrato de seguro de asistencia sanitaria y, por tanto 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 / Solicitud de Seguro / Cuestionario de Salud y cualesquiera otros medios de transmisión de información admitidos por la Aseguradora y aceptados por el Asegurado, incluyendo expresamente la contratación electrónica y telefónica. Dichas declaraciones constituyen el deber fundamental del Tomador 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.

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

7.3 El Seguro produce efectos una vez firmada la Póliza y satisfecha la Prima correspondiente, salvo pacto expreso en contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

7.4 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.

Artículo 8º CONDICIONES DE INCLUSIÓN EN EL SEGURO

8.1 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.

8.2 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.

8.3 A lo largo del periodo de vigencia de la Póliza, el Tomador del Seguro, cuando contrata por cuenta ajena, solicitará al Asegurador las altas y bajas durante los 5 primeros días de cada mes. El Tomador del Seguro no notificará

ningún alta que no esté acompañada de la solicitud de inclusión en el Seguro y del Cuestionario de Salud debidamente cumplimentados.

Artículo 9º DURACION DEL CONTRATO

9.1 El Seguro se estipula por el periodo 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.

9.2 Tanto el Tomador como la Aseguradora podrán oponerse a la prórroga del Seguro mediante una notificación escrita a la otra parte, remitida con un plazo de, al menos, dos meses de antelación a la fecha de la terminación de la cobertura del periodo inicial o de la prórroga anual.

Artículo 10º PRIMAS

10.1 De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, el Tomador del Seguro está obligado al pago de la prima en las condiciones estipuladas en la póliza. En este sentido se acuerda expresamente que el pago de la prima se realice mediante domiciliación bancaria, salvo que Tomador y Asegurador acuerden otra forma de pago en las Condiciones Particulares.

10.2 El Tomador pagará la primera prima o la prima única en el momento de la perfección del contrato. Si por culpa del Tomador 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.

10.3 Las Primas sucesivas deberán hacerse efectivas en sus correspondientes vencimientos. Si se ha pactado el pago fraccionado de la Prima, la primera fracción será exigible a la perfección del contrato y las demás a sus respectivos vencimientos. El fraccionamiento de pago en la Prima no libera al Tomador del Seguro de la obligación de abonar la totalidad de la Prima.

10.4 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 periodo en curso.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima.

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

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

Artículo 11º MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE LA COBERTURA

11.1 Servicios Médicos Concertados. En esta modalidad de prestación de la cobertura, el Asegurado tiene acceso directo a la cobertura contratada en la Póliza a través de los profesionales sanitarios y Hospitales en España incluidos en los Servicios Médicos Concertados.

Esta modalidad de prestación de la cobertura exigirá la previa identificación del Asegurado como persona cubierta por el Seguro. A tal fin, serán facilitadas al Tomador 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 DNI o documento legalmente equivalente. Junto a la tarjeta identificativa, se facilitará al Tomador el listado de los Servicios Médicos Concertados, que se actualizará periódicamente en la página Web de CIGNA.

El Tomador deberá devolver al Asegurador las tarjetas identificativas en un plazo máximo de 24 horas desde la fecha de la baja del Asegurado. Si el Tomador no cumple con dicha obligación será responsable solidario de cualesquiera gastos incurridos por el Asegurado por servicios prestados a través de los Servicios Médicos Concertados utilizando una tarjeta de CIGNA correspondiente a un aseguramiento extinguido. Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que pudiera incurrir el Asegurado en caso de uso fraudulento de la tarjeta.

En esta modalidad de prestación de la cobertura, el Asegurador en ningún caso reembolsará honorarios de los profesionales y demás Servicios Médicos Concertados pagados directamente por el Asegurado, ni de honorarios y gastos médicos derivados de la Asistencia Sanitaria prestada por profesionales y Hospitales no incluidos en los Servicios Médicos Concertados.

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 u Hospital que considere más oportuno, según las coberturas y la modalidad de prestación de la cobertura contratada en la Póliza. El derecho de libertad de elección de profesional y centro, la falta de cualquier jerarquía organizativa por parte del Asegurador y la independencia de criterio así como el secreto profesional son circunstancias que, cada una de ellas individualmente, presuponen necesariamente la ausencia de cualquier tipo de responsabilidad del Asegurador por los actos de los mismos.

Artículo 12º COLABORACIÓN EN LA TRAMITACIÓN

12.1 En caso de siniestro cubierto por este contrato de seguro, el Tomador y/o el Asegurado estarán obligados a cooperar con la Aseguradora en aminorar todas las consecuencias del mismo.

El Tomador y/o Asegurado deberán comunicar al Asegurador la ocurrencia del siniestro, sus circunstancias y posibles consecuencias, todo ello de acuerdo con lo dispuesto al describir las modalidades de prestación de la asistencia sanitaria.

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 comprobación del Siniestro, autorizando la entrega al Asegurador de cuantos documentos relacionados con la cobertura de la Póliza solicite.

12.2 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 60 días.

12.3 El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán remitir al Asegurador junto con la comunicación del Siniestro, el informe médico que especifique la prognosis 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.

12.4 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.

12.5 El incumplimiento de estos deberes 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.

Artículo 13º SUBROGACIÓN

El Asegurador, una vez reembolsados los gastos, podrá ejercitar los derechos y acciones que por razón del Siniestro 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 reembolso satisfecho. Quedan expresamente incluidos los supuestos de Asistencia Sanitaria derivada de accidentes de tráfico, escolar o acontecido por razón de cualquier deporte.

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 norma 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.

Artículo 14º COMUNICACIONES

14.1 Las comunicaciones se dirigirán al Asegurador por el Tomador del Seguro o Asegurado, al domicilio del Asegurador señalado en la Póliza o sus oficinas delegadas.

14.2 Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán al domicilio de éstos, detallados en la Póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio.

14.3 Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador, en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

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

14.5. El Tomador del Seguro y/o el Asegurado autorizan al Asegurador para que, si éste lo considera necesario, pueda grabar las conversaciones telefónicas que mantengan en relación con la presente Póliza y utilizarlas en sus procesos de calidad y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes, preservando en todo caso la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

Artículo 15º PRESCRIPCIÓN

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

Artículo 16º INFORMACIÓN AL TOMADOR DEL SEGURO

Conforme a lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y su Reglamento de Desarrollo, el Asegurador proporciona la siguiente información, además de la ya contenida en el resto de la Póliza, que así mismo figura en la nota informativa facilitada con carácter previo a la firma de este contrato de Seguro:

a) Que la ley aplicable a este contrato de Seguro es la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

b) Que el contrato de Seguro se celebra con CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A./N.V. 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 es una sucursal de CIGNA Life Insurance Company

of Europe, S.A.-N.V. con domicilio social en Bélgica, Avenue Cortenbergh, 52 de Bruselas, entidad sometida a la supervisión de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances Belga.

c) Que para el caso de cualquier queja o reclamación sobre el Seguro, el Tomador, Beneficiario, Asegurado o derechohabientes de cualquiera de ellos, se pueden dirigir a las siguientes instancias para su resolución.

- i) Cualquier reclamación se dirigirá por escrito al Servicio de Incidencias de CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A./N.V. Sucursal en España, Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1, Edificio 14 Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid) o en la dirección de correo electrónico servicio.incidencias@cigna.com.
- ii) Una vez agotada la vía interna del Asegurador referida en el apartado anterior, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Para ello el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Servicio de Incidencias, sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada la petición.
- iii) En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

El Tomador del Seguro se compromete a facilitar a los Asegurados esta información así como cualquier otra que afecte a los derechos y obligaciones de los Asegurados en virtud de las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza, y especialmente la relativa a la protección de datos de carácter personal, con anterioridad a la firma de la correspondiente solicitud.

Artículo 17º PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

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

Asimismo, salvo indicación en contra por el titular de los datos de carácter personal, el Tomador y los Asegurados autorizan el tratamiento y cesión de los referidos datos para la prevención e investigación del fraude, así como su tratamiento para el ofrecimiento de seguros y/o servicios socio-sanitarios y de bienestar por el Asegurador o sociedades de su mismo grupo a quienes les pueden ser cedidos.

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

Artículo 18º ARBITRAJE

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

Artículo 19º COMPETENCIA DE JURISDICCION

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 20º 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 o Asegurado.

Anexo:

Asistencia médica en viajes al extranjero

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

ESTIPULACIÓN PRIMERA. GARANTÍAS CUBIERTAS

GARANTÍA PRIMERA. GASTOS MÉDICOS, FARMACÉUTICOS O DE HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO

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

De determinarse por el médico del Asegurador, o de la reaseguradora que en su caso cubra esta prestación, de común acuerdo con el que estuviera atendiendo al Asegurado, la necesidad de que éste sea hospitalizado, el Asegurador se hará cargo de los gastos de traslado hasta el centro hospitalario, su estancia en el mismo y los servicios sanitarios necesarios para la curación del Asegurado, incluidos los gastos farmacéuticos hasta el límite de 10.000€ 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€ por siniestro y Asegurado.

GARANTÍA TERCERA. TRASLADO SANITARIO O REPATRIACIÓN MÉDICA

El Asegurador procederá al traslado, con atención médico-sanitaria si fuera necesario, del Asegurado que hubiera sufrido un accidente o enfermedad grave, que exija cuidados vitales, y siempre que así lo decidan los servicios médicos del Asegurador en colaboración con el médico que trate al Asegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un centro hospitalario 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 MÉDICO 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 que le pudiera ser prestada localmente no fuera suficientemente idónea a juicio de los servicios médicos del Asegurador, éste enviará un médico especialista al lugar donde se encuentra el Asegurado para su atención sanitaria, hasta que se pueda proceder a la repatriación médica.

GARANTÍA QUINTA. ENVÍO DE MEDICAMENTOS

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

GARANTÍA SEXTA. CONSULTA O ASESORAMIENTO MÉDICO A DISTANCIA

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

GARANTÍA SÉPTIMA. TRÁMITES ADMINISTRATIVOS PARA HOSPITALIZACIÓN

El Asegurador colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el Centro Hospitalario, 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 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 de los Asegurados, 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€ por día con un máximo de 3 días.

GARANTÍA DECIMOQUARTA. 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 días, el importe correspondiente a los gastos de Defensa Jurídica del mismo, 601,01€ 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€.

GARANTÍA DECIMOSEXTA. SERVICIO DE INFORMACIÓN AL VIAJERO

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

GARANTÍA DECIMOSEPTIMA. SERVICIO DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL

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

GARANTÍA DECIMOACTAVA. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

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

GARANTÍA DECIMONOVENA. ENVÍO DE OBJETOS OLVIDADOS DURANTE EL VIAJE

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

ESTIPULACIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES

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

Quedan excluidos de la póliza los siniestros que sean consecuencia de:

- Enfermedades preexistentes y/o congénitas, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico, previas al inicio del viaje al extranjero.
- Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.
- Viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico.
- Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos.
- Suicidio, intento de suicidio o auto lesiones del Asegurado.
- Consumo de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hubieran sido prescritos por facultativo.
- Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.

h) Enfermedades de transmisión sexual, y especialmente, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) y sus enfermedades derivadas.

i) Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentes, aparatos de sordera, muletas, etc.

j) Tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia.

k) 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:

- Los siniestros ocurridos como consecuencia del suicidio del Asegurado.
- 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 los daños, situaciones o gastos, que sean consecuencia de:

- 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.
- Práctica como profesional de cualquier deporte, y como aficionado de deportes de invierno, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.
- Viajes de duración superior a 90 días consecutivos.
- La intervención de cualquier Organismo Oficial de Socorro de urgencia o el coste de sus servicios.
- Rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.
- Actos fraudulentos del Tomador, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos.
- Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.
- Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.

ESTIPULACIÓN TERCERA. LÍMITES DE LAS GARANTÍAS

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

ESTIPULACIÓN CUARTA. AMBITO TERRITORIAL

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

ESTIPULACIÓN QUINTA. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

Para la solicitud de cualquiera de los servicios concertados por este Anexo, bastará con una llamada telefónica al número de teléfono, 91 572 44 06. Este servicio de alarma funciona durante las 24 horas del día.