

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA CIGNA SALUD SELECCIÓN CONSULTAS DE Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España

INFORMACIÓN LEGAL DEL ASEGURADOR

Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España (en adelante Cigna), 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; 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 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.

Las presentes Condiciones Generales serán de aplicación a todos los contratos de seguro de Asistencia Sanitaria, sin perjuicio de las Condiciones Particulares y, en su caso, de las Condiciones Especiales que sean de aplicación. En caso de discrepancia entre las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, las Condiciones Especiales aplicables al caso concreto prevalecerán sobre las Condiciones Particulares, y éstas sobre las Generales.

DEFINICIONES

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

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

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

Asistencia Sanitaria: Servicios médicos comprendidos en la póliza y prestados al Asegurado, con relación a su salud, por parte de un profesional de la sanidad legalmente habilitado para ello, en el ejercicio de su profesión.

Carencia (Periodo de): Periodo de tiempo contado desde la fecha de efecto de la cobertura de la Póliza durante el cual no se presta alguna /s de las coberturas contratadas. Dicho periodo se consignará en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cirugía: Tratamiento de la Enfermedad o corrección de la deformidad o defecto por un Médico Especialista en Cirugía, por procedimientos manuales u operatorios, con o sin uso de medicamentos.

Consulta: Acción de atender presencialmente el profesional de la sanidad, legalmente habilitado, al Asegurado (a los efectos de esta póliza no se cubren las consultas durante Hospitalización ni Hospitalización de Día) con el fin de diagnosticar y tratar una Enfermedad o Lesión, con o sin prescripción de pruebas diagnósticas cubiertas por esta póliza.

Cónyuge: Persona unida al Asegurado por vínculo matrimonial legalmente constituido o relación afectiva análoga reconocida mediante inscripción en el registro oficial de parejas de hecho del territorio donde la pareja conviva, o listado similar reconocido legalmente por la autoridad pública competente a esos efectos.

Copago: Importe fijo que el Tomador del Seguro y/o Asegurado abona por la prestación de la Asistencia Sanitaria, con el fin de compartir con el Asegurador los costes de la referida Asistencia Sanitaria, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en la Póliza. La parte de la Asistencia Sanitaria abonada por el Tomador del Seguro y/ o Asegurado no será objeto de reembolso por el Asegurador.

Cuenta designada: Cuenta corriente, tarjeta de crédito o cualquier otro medio de pago designado por el Tomador del Seguro y/o Asegurado (en su caso) y autorizado por el Asegurador, destinado al cobro de Primas o Copagos o al ingreso de cualquier cantidad que el Asegurador debiera reembolsar al Asegurado. La Cuenta designada debe estar contratada en el país donde se encuentre en vigor la cobertura y ser denominada en Euros o en la divisa local oficial correspondiente al estado donde se faciliten los servicios del 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: Aquella contraída con anterioridad al momento del alta inicial en el seguro de Asistencia Sanitaria, siendo su diagnóstico, síntomas y/ o signos conocidos por el Asegurado o representante legal, en su caso, al cumplimentar el Cuestionario de Salud previo a la aceptación y contratación de la Póliza.

Especialista: Médico en activo que ha recibido formación específica como Especialista en una rama de la medicina o la Cirugía reconocida por las Autoridades Sanitarias del país donde ejerce su actividad, lo que le permite ejercer en esa rama de la medicina o la Cirugía, y que dispone de o mantiene una Consulta médica en relación a esa disciplina.

Familiar Dependiente: Cónyuge del Asegurado Titular o pareja con análoga relación de afectividad no separada de hecho o judicialmente y/o hijos del Asegurado Titular o su Cónyuge.

Hospital: Institución legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o accidentadas y que opera bajo la supervisión constante de un Médico acreditado como tal. Dicho establecimiento debe estar atendido por un Médico las 24 horas del día y contar con infraestructura para el diagnóstico y la Cirugía, incluida zona de reanimación.

A los efectos de esta Póliza no se consideran Hospitales, los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de Enfermedades crónicas e instituciones similares, como tampoco establecimientos para el tratamiento del alcoholismo y/ o la drogadicción.

Hospitalización: Internamiento (o ingreso) del Asegurado en un Hospital por un periodo mínimo de 24 horas, con motivo de una Enfermedad, bajo el cuidado y atención de un Médico tratante.

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

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

Póliza: Conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro de Asistencia Sanitaria. La Póliza se compone de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales y de aquellos suplementos, apéndices y anexos que se emitan para complementarla, modificarla o aclararla. También forman parte de la Póliza las declaraciones formuladas por Tomador del Seguro y/o Asegurado con anterioridad a la formalización del seguro, incluyendo, pero no limitando, la solicitud de Seguro y el Cuestionario de Salud.

Prima: Precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

Servicios Médicos Concertados (o Cuadro Médico de Cigna): Conjunto de profesionales de la sanidad y Hospitales concertados por el Asegurador en España, que constan expresamente y en cada momento en sus listados de Servicios Médicos Concertados y que están vigentes en el momento de la percepción de la prestación.

Siniestro: Alteración de la salud que requiere la prestación de la Asistencia Sanitaria cubierta por la Póliza. El conjunto de servicios derivados de una misma causa constituyen un único Siniestro.

Tomador del Seguro: Es la persona, física o jurídica, que contrata el seguro por cuenta propia o ajena y al que corresponden las obligaciones y los deberes que derivan del mismo, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Si el Tomador del Seguro también tiene la condición de Asegurado, será considerado como Asegurado Titular.

Artículo 1º OBJETO DEL CONTRATO

Por el presente contrato de seguro de asistencia sanitaria, previo pago de la prima y copago correspondiente por el Tomador del Seguro, Cigna asume el compromiso de facilitar a su asegurado la prestación de la asistencia sanitaria consistente en consultas de medicina general y especialidades, así como el acceso a la realización de las pruebas diagnósticas relacionadas en estas condiciones, prescritas durante una consulta cubierta por esta póliza, de acuerdo con los términos, condiciones y con los límites expresamente establecidos en las presentes Condiciones Generales, así como en las Condiciones Particulares y Especiales, suplementos, apéndices y anexos que sean de aplicación a la póliza, y dentro del Período Asegurado.

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

Durante los Periodos de Carencia establecidos para ciertas coberturas no se tiene derecho a la prestación, salvo que dichos Periodos de Carencia no sean de aplicación y así se indique expresamente en las Condiciones Particulares.

Las coberturas de esta Póliza son válidas y se prestan únicamente en España y exclusivamente a través de la modalidad de Servicios Médicos Concertados por Cigna en España.

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

Artículo 2º COBERTURAS DEL SEGURO

Están **cubiertas** única y exclusivamente las siguientes prestaciones sanitarias:

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

2.1.1 Medicina General.

2.1.2 Pediatría (hasta los 14 años) y Puericultura.

2.2 Enfermería o Servicios de Enfermería:

Está cubierta la asistencia en consultorio y a domicilio prestada por un Diplomado Universitario en Enfermería (D.U.E.), previa prescripción del médico o especialista del cuadro médico de Cigna que esté tratando al asegurado de acuerdo con las coberturas de esta póliza.

2.3 Especialidades:

Se cubren exclusivamente las consultas y las pruebas diagnósticas realizadas en consulta y cubiertas por esta póliza en las siguientes especialidades:

2.3.1 Alergología e Inmunología:

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto y al sólo estar cubierta la consulta con el especialista, se especifica que la prestación no cubre las vacunas, que serán por cuenta exclusiva del asegurado, ni tampoco los test de intolerancia alimentaria ni similares.

2.3.2 Anestesiología y Reanimación.

2.3.3 Angiología y Cirugía Vascolar.

2.3.4 Aparato Digestivo.

2.3.5 Cardiología.

2.3.6 Cirugía Cardiovascular.

2.3.7 Cirugía General y del Aparato Digestivo.

2.3.8 Cirugía Oral y Maxilofacial.

2.3.9 Cirugía Pediátrica.

2.3.10 Cirugía Plástica y Reparadora.

2.3.11 Cirugía Torácica.

2.3.12 Dermatología y Venereología:

Dermatoscopia digital (epiluminiscencia). Cubierta una dermatoscopia digital por asegurado y año, exclusivamente en los centros concertados y designados por Cigna, para el diagnóstico precoz de melanoma, únicamente 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.

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

2.3.13 Endocrinología y Nutrición:

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que la prestación no cubre consultas o pruebas diagnósticas derivadas de tratamientos dietéticos.

2.3.14 Geriatría.

2.3.15 Ginecología y Obstetricia:

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que la prestación también cubre la implantación en consulta del método anticonceptivo DIU, pero no el coste del dispositivo que será siempre por cuenta de la Asegurada.

2.3.16 Hematología y Hemoterapia.

2.3.17 Medicina Interna.

2.3.18 Nefrología.

2.3.19 Neumología.

2.3.20 Neurocirugía.

2.3.21 Neurología.

2.3.22 Oftalmología.

2.3.23 Oncología Médica y Radioterápica.

2.3.24 Otorrinolaringología.

2.3.25 Psiquiatría.

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

2.3.26 Reumatología.

2.3.27 Traumatología y Cirugía Ortopédica.

2.3.28 Urología.

Al los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que las consultas de urología no incluyen el estudio de la impotencia sexual, ni tratamiento alguno relacionado.

2.4 Medios complementarios de diagnóstico:

Quedan cubiertos los medios de diagnóstico que se relacionan a continuación y que se realizarán en todos los casos previa prescripción del médico del Cuadro Médico de Cigna que está tratando al asegurado de acuerdo con las coberturas de esta póliza:

2.4.1 Análisis Clínicos:

Incluye la realización de determinaciones en bioquímica, microbiología y parasitología y hematología.

A los efectos de la delimitación del riesgo cubierto se especifica que no se encuentran cubiertos por este medio de diagnóstico los tests de intolerancia alimentaria, ni los test genéticos, cualesquiera que sea su utilidad.

2.4.2 Anatomía Patológica: Esta prestación cubre exclusivamente la citopatología.

2.4.3 Neurofisiología Clínica:

Esta prestación cubre los electroencefalogramas, las electromiogramas y potenciales evocados.

2.4.4 Medicina Nuclear:

Esta prestación cubre la gammagrafía ósea y tiroidea y el rastreo gammagrafíco con I-131.

2.4.5 Radiodiagnóstico:

Incluye los medios de contraste que hayan sido suministrados por el realizador de la prueba. Esta prestación cubre las siguientes técnicas habituales:

- Radiología general.
- Ecografía.
- Densitometría ósea.
- T.A.C convencional (tomografía axial computarizada).
- RMN (resonancia magnética nuclear) convencional, con los límites establecidos en condiciones particulares, en su caso.
- Mamografía.
- Una (1) ecografía de alta resolución por embarazo (3D/4D).

2.4.6 Otros medios de diagnóstico:

- **Pruebas cardiológicas:** Esta prestación cubre los ecocardiogramas, holter y eco-doppler.
- **Pruebas respiratorias y otorrinolaringológicas:** Esta prestación cubre, las espirometrías, endoscopias y pruebas vestibulares en consulta.
- **Pruebas ginecológicas:** Esta prestación cubre las citologías, monitorizaciones, el triple screening en embarazo y el ONCOTECT (para el diagnóstico precoz del virus del papiloma humano HPV).

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto se especifica que esta prestación no incluye pruebas relacionadas con tratamientos de fertilidad.

- **Pruebas urológicas.**

2.5 Tratamientos especiales:

Se cubren los siguientes tratamientos:

- Fisioterapia y Rehabilitación:** La prestación cubre los tratamientos de rehabilitación para patologías agudas y/o crónicas reagudizadas en Hospital o consultorio, realizada por fisioterapeuta y/o Médico rehabilitador, como consecuencia de Enfermedad o Accidente cubiertos por la Póliza, y bajo prescripción de un facultativo de la Red de Servicios Médicos Concertados de Cigna, según los límites establecidos en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la Póliza.

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

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

A los efectos de delimitación del riesgo cubierto esta prestación no cubre el tratamiento para/o en conexión con la logopedia que no tenga una naturaleza reconstituyente, o si dicha terapia:

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

2.6 Cobertura de la maternidad:

Esta prestación cubre las consultas y pruebas diagnósticas detalladas en apartado 2.4.6 y realizadas en consulta derivadas del seguimiento del embarazo.

2.6.1. Tocología.

2.6.2 Preparación al parto:

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

2.7 Cobertura Dental:

Quedan cubiertos en España, y siempre dentro del cuadro de odontólogos expresamente concertados por Cigna, los gastos relacionados con los procedimientos dentales y servicios odontológicos clasificados como "sin coste" y detallados en las TARIFAS CUADRO DENTAL Cigna aplicable a la Comunidad Autónoma que corresponda. Igualmente se aplicarán las tarifas desglosadas en el referido CUADRO DENTAL Cigna para aquellos procedimientos dentales que llevan aparejada franquicia. El asegurado asume el pago personal y directo de las franquicias indicadas en el momento de la prestación del servicio.

2.8 Otras coberturas:

2.8.1 Podología:

Esta prestación cubre las consultas y la cirugía de uña encarnada, así como pequeños tumores cutáneos con los límites en su caso establecidos en las Condiciones Particulares y/o Especiales.

2.8.2 Telemedicina Cigna 24H:

Servicio permanente de orientación médica telefónica. Únicamente en el número de teléfono indicado por el Asegurador al efecto.

2.8.3 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.

2.8.4 Psicología Clínica:

La prestación cubre la atención psicológica de carácter individual y temporal en la red de servicios médicos especialmente concertados con Cigna y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica, según los límites establecidos en condiciones Particulares y/o Especiales. La presente prestación requerirá la previa prescripción por un psiquiatra, neurólogo o pediatra (si el Asegurado es menor de 14 años) y la previa autorización del Asegurador.

2.8.5 Medicina Preventiva:

La cobertura incluye las consultas médicas, exploraciones físicas y pruebas diagnósticas específicas para la detección precoz de las siguientes enfermedades:

- a. **Cardiología:** Programa de prevención del riesgo coronario para asegurados en edad de riesgo, determinada ésta según los estándares médicos aceptados.
- b. **Dental:** Consulta y exploración de salud bucodental, así como limpieza bucal anual.
- c. **Ginecología:** Una revisión ginecológica anual para el diagnóstico precoz de enfermedades de mama y de cuello uterino.
- d. **Pediatría:** Consultas periódicas y del desarrollo infantil así como exámenes de salud del recién nacido que no sean en ingreso hospitalario

Artículo 3º PERIODOS DE CARENCIA

Las siguientes coberturas objeto del presente contrato tienen 3 MESES DE CARENCIA desde la fecha de entrada en vigor de la póliza.

3.1 Neurofisiología Clínica: electroencefalogramas, electromiogramas y potenciales evocados.

3.2 Medicina Nuclear: gammagrafía ósea y tiroidea y rastreo gammagrafico con I-131.

3.3 Radiodiagnóstico: densitometría ósea, TAC convencional (tomografía axial computarizada), RMN (resonancia magnética nuclear) y ecografía de alta resolución por embarazo.

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

3.4 Pruebas cardiológicas: holter.

Los restante medios diagnósticos (ecocardiograma y eco-doppler) no tienen periodo de carencia.

3.5 Preparación al parto.

3.6 Fisioterapia y Rehabilitación.

3.7 Foniatría y Logopedia.

Artículo 4º EXCLUSIONES

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

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

4.1 La Asistencia Sanitaria realizada en urgencias.

4.2 Cualquier tipo de asistencia sanitaria que requiera Hospitalización y/o Hospitalización de día.

4.3 Cualquier tipo de cirugía o asistencia sanitaria derivada de una cirugía.

4.4 Los exámenes médicos generales, chequeos y cualquier consulta y/o prueba diagnóstica que tenga carácter de Medicina Preventiva, salvo las expresamente cubiertas en la póliza.

4.5 La asistencia al parto, cesárea y aborto.

4.6 Los gastos de transporte y el traslado en ambulancia.

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

4.8 Asistencia Sanitaria prestada en centros de la Sanidad Pública o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las Comunidades Autónomas, que no estén concertados con el Asegurador.

4.9 Los productos farmacéuticos fuera del régimen de ingreso hospitalario y las vacunas de todo tipo.

4.10 Cualquier tratamiento de fertilidad y esterilidad.

4.11 Las consultas y/o pruebas diagnósticas relacionadas con el S.I.D.A. o las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).

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

4.13 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.

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

4.15 Los derivados de la energía nuclear.

4.16 Epidemias oficialmente declaradas.

4.17 Las derivadas de alcoholismo, drogadicción y las intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y al uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos.

4.18 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 en España.

4.19 La tentativa de suicidio o de mutilación voluntaria y las consecuencias derivadas de estos actos.

REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO:

Artículo 5º ASEGURADOR / TOMADOR DEL SEGURO 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 período de cobertura al Asegurado y dentro de los términos y condiciones pactados.

El Tomador del Seguro: Es la persona, física o jurídica, que contrata el seguro por cuenta propia o ajena y al que corresponden las obligaciones y los deberes que derivan del mismo, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Si el Tomador del Seguro también tiene la condición de Asegurado, será considerado como Asegurado Titular.

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

Artículo 6º EL CONTRATO DE SEGURO

6.1 Documentación y Formalización del Contrato de Seguro y Deber de información

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

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

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

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

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

Una vez formalizado el contrato y durante el curso del mismo, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador,

tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

6.2 Condiciones de Inclusión en el seguro

No podrán adherirse al seguro personas de edad igual o superior a 75 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.

6.3 Duración del Contrato

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

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.

6.4 Subrogación

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

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

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

6.5 Prescripción

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

6.6 Comunicaciones

Las comunicaciones se dirigirán al Asegurador por el Tomador del Seguro o Asegurado, al domicilio del Asegurador señalado en la Póliza, o sus oficinas delegadas, o a cualquier otra dirección telemática expresamente designada por el Asegurador para determinadas comunicaciones, siempre que así conste expresamente.

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

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

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

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

Artículo 7º DEBERES Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

7.1 Primas

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

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

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

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

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

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

7.2 Colaboración en la tramitación

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

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

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

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

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

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

7.3 Impuestos y Recargos

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

Artículo 8º OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

8.1 Prestación de la Cobertura

Para la prestación de los servicios, objeto del presente contrato de seguro, se exigirá la previa identificación del Asegurado como persona cubierta por el seguro. A tal fin, serán facilitadas al Tomador del Seguro al inicio de la cobertura las correspondientes tarjetas que acreditan la condición de Asegurado y que éste deberá mostrar al facultativo junto a su DNI o documento legalmente equivalente.

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

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

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

8.2 Información al Tomador del Seguro

Conforme a lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su normativa de desarrollo, el Asegurador proporciona la siguiente información, además de la ya contenida en el resto de la Póliza, que figura igualmente en la nota informativa facilitada con carácter previo a la firma de este contrato de seguro:

- 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, 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 dicha regulador, como entidad aseguradora que opera en España en régimen de derecho de establecimiento, en material relativa a liquidación.

- c. De conformidad a lo previsto en la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, cuando el contrato se haya celebrado utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador del Seguro podrá resolver unilateralmente el presente seguro, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de treinta (30) días desde la celebración del seguro o a la recepción por el Tomador del Seguro de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria prevista en dicha Ley, si esta recepción se produce con posterioridad a la conclusión del seguro. Para ejercitar este derecho, el Tomador del Seguro remitirá la oportuna comunicación dirigida al Asegurador, utilizando cualquier soporte duradero y accesible al Asegurador. El Tomador del Seguro podrá remitir dicha comunicación utilizando medios electrónicos, siempre que disponga de los dispositivos que garanticen la integridad, autenticidad y no alteración de la comunicación y permitan constatar la fecha de envío y recepción de la misma. La cobertura del riesgo cesará desde la fecha de expedición por el Tomador del Seguro de la comunicación de resolución.
- d. Que para el caso de cualquier queja o reclamación sobre el seguro, el Beneficiario, Asegurado o derechohabientes de cualquiera de ellos, se pueden dirigir a las siguientes instancias para su resolución:
 - i. Por escrito al Departamento / Servicio de Atención al Cliente de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV Sucursal en España, Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1 - Edificio 14 - Planta Baja, (28223) Pozuelo de Alarcón, Madrid, o en la dirección de correo electrónico servicio.incidentes@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 Atención al Cliente del Asegurador, sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada la petición.

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

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

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

8.3 Protección de datos de carácter personal

Los datos de carácter personal que el solicitante/tomador del seguro y los asegurados facilitan a Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España (Cigna) – directamente o a través de su mediador de seguros o de los profesionales médicos que atiendan a asegurados en la modalidad de Servicios Médicos Concertados – antes y a lo largo de la relación aseguradora – se incluirán en ficheros de datos de carácter personal, cuyo titular y responsable es Cigna. 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, 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 queda autorizado el tratamiento y cesión de datos necesarios 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 Cigna o sociedades de su mismo grupo (Cigna European Services (UK) Limited, Sucursal en España) a quienes les pueden ser cedidos.

En particular, los datos personales serán utilizados para el envío de comunicaciones publicitarias, promocionales o de contenidos relacionados con la relación aseguradora, incluidas las comunicaciones comerciales electrónicas, a los efectos del artículo 21 de la Ley 34/2002, de Servicios de la Sociedad de la Información, y para la gestión de sus clientes por parte de Cigna, al objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil y de realizar, en su caso, modelos valorativos, todo ello sin perjuicio del derecho del afectado de manifestar expresamente su negativa al tratamiento o la comunicación de sus datos personales no directamente relacionados con el mantenimiento, desarrollo o control de la relación contractual, en los términos señalados a continuación. Cigna le asegura que los datos personales que nos facilite serán tratados conforme a la normativa de protección de datos de carácter personal. Le señalamos igualmente que Cigna podría transferir sus datos únicamente para la mejor realización de la finalidad para la que usted nos los cede a entidades que colaboran con esta compañía que pueden estar ubicadas en lugares donde el nivel de protección de los datos personales no sea del todo equivalente al existente en la Unión Europea. Sepa que usted puede, siempre que lo desee, pedir el detalle de esas compañías colaboradoras. En cualquier momento podrá ejercer 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, en la siguiente dirección: Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1 -Edificio 14- Planta Baja, 28223, Pozuelo de Alarcón (Madrid) o en proteccion.datos@cigna.com.

Artículo 9º RECLAMACIONES

9.1 Arbitraje

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

9.2 Competencia de Jurisdicción

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

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado

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

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

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

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

I. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos:

- a. Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 Km. /H. y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b. Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

- c. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos:

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

3. Extensión de la Cobertura

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

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

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

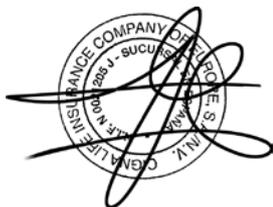
Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al Asegurado: 902 222 665.

Artículo 11º: ACEPTACIÓN EXPRESA. CONSTANCIA DE RECIBO DE INFORMACIÓN

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

Igualmente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, y como pacto adicional a las Condiciones Particulares, el Tomador del Seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas del presente contrato y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos. Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y plena aceptación de las mismas, el Tomador del Seguro estampa su firma a continuación.

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



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