



Journey

Condiciones Generales

Contenido

1. Base contractual	3
2. Disposiciones contractuales generales	4
2.1 Declaraciones realizadas al suscribir la Póliza de Seguro y a lo largo de su vigencia	4
2.2 Otras obligaciones de declaración durante la vigencia de la Póliza de Seguro	5
2.3 Seguro acumulativo	5
2.4 Derecho de revocación	5
2.5 Entrada en vigor y fecha de vigencia	6
2.6 Inclusión de recién nacidos	7
2.7 Fin de la Póliza de Seguro	7
2.8 Rescisión	8
2.9 Nulidad de la Póliza de Seguro	9
2.10 Formalidades de rescisión y plazos de preaviso	9
2.11 Reembolso de las primas en caso de rescisión	9
2.12 Limitación de responsabilidad	9
3. Cobertura	10
3.1 Períodos de carencia	10
3.2 Plazos para la notificación de Siniestros	10
3.3 Obligaciones y trámites que deben cumplirse al presentar un Siniestro	10
3.4 Pago de Prestaciones	11
3.5 En caso de Accidente o Emergencia	12
3.6 Subrogación	12
3.7 Plazo de prescripción	12
4. Pago y cobro de las primas	13
4.1 Pago de las primas	13
4.2 Pago de otros cargos e impuesto sobre las primas de seguros (IPT)	13
4.3 Cobro de primas	13
4.4 Modificación de costes/primas	13
4.5 Consecuencias del retraso en el pago	14
4.6 Moneda contractual	14
5. Disposiciones varias	15
5.1 Modificación de la Póliza de Seguro	15
5.2 Modificación de la cobertura del seguro	15
5.3 Protección de datos	15
5.4 Sanciones	17
5.5 Notificaciones	18
5.6 Controversias	18
5.7 Legislación aplicable y tribunal competente	19
5.8 Legislación local	19
5.9 Idioma y comunicaciones	19
5.10 Informe de solvencia y situación financiera	19
5.11 Fondo de garantía	19
5.12 Fuerza mayor	20
5.13 Modificación de datos	20
6. Glosario	21

1. Base contractual

La Aseguradora que suscribe la Póliza de Seguro es Foyer Global Health S.A., una compañía de seguros médicos constituida en Luxemburgo bajo la forma de sociedad anónima (société anonyme) con domicilio social en 12, Rue Léon Laval L-3372 Leudelange, inscrita con el número B134.471 en el Registro Mercantil y de Sociedades de Luxemburgo, supervisado por la Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxemburgo; +352226911-1; caa@caa.lu).

Los derechos y obligaciones mutuos de la Aseguradora, el Tomador del seguro y la Persona asegurada en virtud de la Póliza de Seguro se rigen por los siguientes documentos, con sus modificaciones periódicas, que en conjunto constituyen la Póliza de Seguro:

- la Solicitud de Seguro de Salud;
- el Certificado de Seguro;
- las Condiciones Generales (este documento);
- las Condiciones Especiales;
- las Condiciones Particulares;
- los Glosarios; y
- cualquier acuerdo posterior celebrado por escrito entre la Aseguradora, el Tomador del seguro y, en su caso, la Persona asegurada.

Los términos en mayúsculas en los Términos y Condiciones del Seguro tendrán el significado definido en los Glosarios, a menos que se indique explícitamente lo contrario. Las palabras en forma singular incluyen la forma plural y viceversa, salvo que se indique expresamente lo contrario.

En caso de discrepancia entre las Condiciones Generales, las Condiciones Especiales y las Condiciones Particulares, las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Especiales y las Condiciones Generales, y las Condiciones Especiales prevalecerán sobre las Condiciones Generales. La versión en inglés de toda la documentación y la información pertinente prevalecerá sobre cualquier otro idioma o traducción.

Dentro del límite máximo de reembolso acordado y en función del nivel de la Modalidad elegida, la Aseguradora cubrirá hasta el 100 % de los Gastos reembolsables hasta el Límite total anual indicado en el alcance de las coberturas establecido en las Condiciones Especiales, salvo que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares, el Certificado de Seguro o cualquier acuerdo posterior por escrito entre la Aseguradora, el Tomador del seguro y, en su caso, la Persona asegurada.

Cualquier información facilitada por la Aseguradora al Tomador del seguro a través de la Póliza de Seguro se considerará válida, salvo que se indique expresamente lo contrario.

2. Disposiciones contractuales generales

El marco jurídico de la cobertura del seguro proporcionada en virtud de la Póliza de Seguro y cualquier Prestación recibida en virtud de la misma se deriva de la Póliza de Seguro, con sus modificaciones periódicas, así como de las leyes, reglamentos, directrices, orientaciones o interpretaciones aplicables emitidas por una autoridad reguladora, con sus modificaciones periódicas.

2.1 Declaraciones realizadas al suscribir la Póliza de Seguro y a lo largo de su vigencia

2.1.1 Solicitud y obligación de declarar

El Tomador del seguro puede solicitar la cobertura del seguro rellenando una Solicitud de Seguro de Salud que puede obtener a través de su intermediario de seguros, directamente de la Aseguradora o a través del sitio web de la Aseguradora o cualquier otro canal digital ofrecido por la Aseguradora.

El Tomador del seguro se compromete a responder de forma veraz y exhaustiva a todas las preguntas formuladas por la Aseguradora y asegurarse cuando corresponda, de que la Persona asegurada haga lo mismo.

El Tomador del seguro se compromete además a declarar con exactitud, en el momento de la contratación de la Póliza de Seguro, todas las circunstancias que conozca y que pueda considerar razonablemente como elementos relevantes para la selección del riesgo asegurado por parte de la Aseguradora y asegurarse cuando corresponda, de que la Persona asegurada haga lo mismo. La prima del seguro aplicable a la Póliza de Seguro se fijará en consecuencia.

La Persona asegurada y el Tomador del seguro serán responsables de manera conjunta de garantizar que todas las preguntas formuladas por la Aseguradora en relación con la Póliza de Seguro sean respondidas de forma completa y correcta.

El Tomador del seguro puede enviar la Solicitud de Seguro de Salud a la Aseguradora por correo postal o electrónico, o bien procesarla en línea a través del portal de ventas en línea de la Aseguradora. La Solicitud de Seguro de Salud no obliga ni al Tomador del Seguro ni a la Aseguradora a celebrar la Póliza de Seguro.

No obstante, la Aseguradora notificará al Tomador del seguro, en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la Solicitud de Seguro de Salud, si acepta la oferta de seguro, la necesidad de realizar una investigación o una evaluación, o si rechaza la Solicitud de Seguro de Salud. La Aseguradora tiene derecho a solicitar cualquier información exigida por la normativa vigente o necesaria o útil para la gestión de la Póliza de Seguro.

La Aseguradora proporcionará la cobertura del seguro de buena fe, asumiendo que el Tomador del seguro ha respondido de forma correcta y completa a todas las preguntas pertinentes planteadas antes de la Fecha de entrada en vigor «obligación precontractual del Tomador del seguro de revelar información».

2.1.2 Omisión intencional o inexactitud

Sin perjuicio de otros motivos legales de nulidad, la Póliza de Seguro quedará sin efecto en caso de omisión intencional o inexactitud que afecte las respuestas y declaraciones y que haya inducido un error a la Aseguradora en su evaluación del riesgo. En tales circunstancias, la Aseguradora conservará el derecho a las primas ya pagadas.

2.1.3 Omisión o inexactitud involuntaria

Si la omisión o inexactitud no es intencionada, la Póliza de Seguro no será nula. En tal caso, sin embargo, la Aseguradora podrá, en el plazo de 1 (un) mes a partir de la fecha en que tenga conocimiento de la omisión o inexactitud pertinente, proponer una modificación de la Póliza de Seguro que entraría en vigor en la fecha en que la Aseguradora tuvo conocimiento de dicha omisión o inexactitud.

Si la Aseguradora acredita, que de haber recibido la información completa y precisa necesaria al suscribir la Póliza de Seguro y en tales circunstancias, nunca habría asegurado el riesgo en cuestión, la Aseguradora podrá rescindir la Póliza de Seguro en el plazo de 1 (un) mes a partir de la fecha en que tuvo conocimiento de la omisión o inexactitud en cuestión.

Si el Tomador del seguro rechaza la modificación propuesta de la Póliza de Seguro o si dicha propuesta no es aceptada en el plazo de 1 (un) mes a partir de la fecha en que se recibió la propuesta correspondiente, la Aseguradora podrá rescindir la Póliza de Seguro en un plazo de 15 (quince) días naturales.

Si la omisión o inexactitud es culpa del Tomador del seguro y si se produce un Siniestro antes de que la modificación o rescisión de la Póliza de Seguro a que se refieren los párrafos anteriores surta efecto, la Aseguradora solo estará obligada a conceder las Prestaciones en proporción a la prima realmente pagada por el Tomador del seguro con respecto a la prima que habría tenido que pagar si el riesgo hubiera sido declarado de forma completa y precisa. Sin embargo, si la Aseguradora acredita que nunca habría asegurado el riesgo en cuestión, cuya naturaleza real se reveló a raíz del Siniestro, las Prestaciones que deberá pagar la Aseguradora se limitarán al reembolso de todas las primas pagadas.

2.2 Otras obligaciones de declaración durante la vigencia de la Póliza de Seguro

El Tomador del seguro y/o la Persona asegurada están obligados a declarar cualquier circunstancia que pueda dar lugar a un aumento perceptible y duradero del riesgo asegurado.

Cuando, durante la vigencia de la Póliza de Seguro, el riesgo de que se produzca un Siniestro se agrave de tal manera que, si la circunstancia agravante hubiera existido en el momento de la suscripción de la Póliza de Seguro, la Aseguradora solo habría celebrado la Póliza de Seguro en condiciones diferentes, la Aseguradora en el plazo de 1 (un) mes a partir de la fecha en que tuvo conocimiento de la circunstancia agravante pertinente, propondrá una modificación de la Póliza de Seguro con efecto retroactivo a la fecha del agravamiento.

Si la Aseguradora acredita que nunca habría asegurado el riesgo agravado, podrá rescindir la Póliza de Seguro en el mismo plazo.

Si el Tomador del seguro rechaza la propuesta de modificación de la Póliza de Seguro presentada por la Aseguradora o si, transcurrido un plazo de 1 (un) mes desde la recepción de la propuesta correspondiente, esta no ha sido aceptada, la Aseguradora podrá rescindir la Póliza de Seguro en un plazo de 15 (quince) días naturales.

Si se produce un Siniestro antes de que la modificación o la rescisión de la Póliza de Seguro haya surtido efecto, y si el Tomador del seguro ha cumplido con la obligación de declarar todas las circunstancias que

puedan dar lugar a un aumento perceptible y duradero del riesgo asegurado, la Aseguradora seguirá estando obligada a pagar la Prestación acordada.

Si se produce un Siniestro y el Tomador del seguro no ha cumplido con la obligación de declarar todas las circunstancias que puedan dar lugar a un aumento perceptible y duradero del riesgo asegurado:

- a) La Aseguradora seguirá estando obligada a pagar la Prestación acordada si el incumplimiento de la obligación de declarar no es imputable al Tomador del seguro.
- b) Si la falta de declaración se debe a la culpa del Tomador del seguro, la Aseguradora solo estará obligada a pagar la Prestación acordada en proporción a la prima realmente pagada en relación con la prima que se habría debido pagar, si el agravamiento del riesgo se hubiera declarado correctamente. Sin embargo, si la Aseguradora demuestra que no habría asegurado el riesgo agravado en ningún caso, su responsabilidad en caso de Siniestro se limitará al reembolso de las primas pagadas durante el período posterior al incremento del riesgo.
- c) Si el Tomador del Seguro ha actuado con intención fraudulenta, la Aseguradora podrá denegar todas las Prestaciones. En tal caso, todas las primas debidas hasta el momento en que la Aseguradora tuvo conocimiento del fraude seguirán siendo exigibles en concepto de daños y perjuicios.

Las disposiciones de esta cláusula no se aplicarán en los casos que impliquen cambios en el estado de salud de la Persona asegurada.

2.3 Seguro acumulativo

Si existe otra Póliza de Seguro médico con Prestaciones obligatorias además de la presente Póliza de Seguro, dicho seguro médico obligatorio prevalecerá sobre esta Póliza de Seguro.

2.4 Derecho de revocación

En caso de que la Póliza de Seguro se haya suscrito a distancia y se considere un «Contrato de seguro a distancia» en el sentido de las normas y reglamentos aplicables, el Tomador del seguro dispondrá de un

plazo de 14 (catorce) días naturales para desistir del mismo, sin penalización y sin necesidad de dar explicaciones ni motivos.

El plazo durante el cual se puede ejercer este derecho de revocación comienza a correr:

- a partir de la fecha en que se celebre la Póliza de Seguro a distancia; o
- a partir de la fecha en que el Tomador del seguro reciba la Póliza de Seguro, si esta fecha es posterior a la fecha mencionada en el primer guión.

Si el Tomador del seguro ejerce su derecho de revocación, dicho ejercicio deberá notificarse antes de que venza el plazo de revocación de 14 (catorce) días mediante carta certificada dirigida al domicilio social de la Aseguradora indicado en las Condiciones Generales. Se considerará cumplido este plazo si la notificación tiene matasellos anterior al vencimiento del plazo de revocación.

La revocación tendrá como efecto liberar al Tomador del seguro de cualquier obligación futura derivada de la Póliza de Seguro.

Cuando el Tomador del seguro ejerza su derecho de revocación, solo se le podrá exigir el pago, lo antes posible, de la prima correspondiente a la cobertura de seguro realmente prestada por la Aseguradora en virtud de la Póliza de Seguro, y siempre que el importe a pagar haya sido debidamente comunicado al Tomador del seguro. La ejecución de la Póliza de Seguro solo podrá comenzar después de que el Tomador del seguro haya dado su consentimiento.

El importe a pagar:

- no deberá exceder de un importe proporcional a los servicios de seguro ya prestados en relación con la totalidad de los servicios previstos en la Póliza de Seguro;
- en ningún caso se interpretará como una penalización.

La Aseguradora no tendrá derecho a solicitar ningún pago si, antes del vencimiento del plazo de revocación, comenzó a ejecutar la Póliza de Seguro sin que el Tomador del seguro se lo hubiera solicitado

previamente.

La Aseguradora estará obligada a reembolsar al Tomador del seguro, lo antes posible y a más tardar en un plazo de 30 (treinta) días naturales, todas las cantidades recibidas del Tomador del seguro de conformidad con la Póliza de Seguro, con excepción del importe a pagar por el Tomador del seguro por la cobertura de seguro realmente prestada a que se refieren los párrafos anteriores. Dicho plazo de 30 (treinta) días comenzará a contar a partir de la fecha en que la Aseguradora reciba la notificación de la revocación. Si el reembolso no se efectúa en un plazo de 30 (treinta) días naturales, el importe debido se incrementará, de conformidad con la ley, al tipo de interés legal aplicable desde el primer día siguiente al vencimiento del plazo de pago correspondiente.

El Tomador del seguro deberá devolver a la Aseguradora, lo antes posible y en un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales, cualquier importe y/o bien recibido de la Aseguradora, con excepción de las Prestaciones correspondientes al período de cobertura del seguro si dicha cobertura ya ha comenzado a petición del Tomador del seguro. Dicho plazo de 30 (treinta) días comenzará a contar a partir de la fecha del matasello de la notificación de revocación del Tomador del seguro. Si el reembolso no se efectúa en un plazo de 30 (treinta) días naturales, la suma debida se incrementará, de conformidad con la ley, al tipo de interés legal vigente, a partir del primer día siguiente al vencimiento del plazo de pago.

2.5 Entrada en vigor y fecha de vigencia

2.5.1 La Póliza de Seguro se considerará celebrada en la fecha en que la Aseguradora refrende las Condiciones Particulares que hayan sido firmadas por el Tomador del seguro tras la presentación de la Solicitud de Seguro de Salud debidamente firmada.

2.5.2 La Póliza de Seguro, la cobertura y las Prestaciones previstas en la misma entrarán en vigor y tendrán efecto en la Fecha de entrada en vigor, y no antes de transcurridos los Períodos de carencia aplicables.

No se pagarán Prestaciones por Siniestros que se produzcan antes de la Fecha de entrada en vigor.

2.5.3 La Póliza de Seguro se celebra por un período de 12 (doce) meses y, a partir de entonces, se renueva tácitamente año tras año por un período de 12 (doce) meses por renovación, si ninguna de las partes se opone a dicha renovación de conformidad con las formalidades y los plazos de preaviso previstos en la cláusula 2.10 de las presentes Condiciones Generales.

2.5.4 La cobertura del seguro finalizará tras un periodo máximo de 5 (cinco) años consecutivos para los Tomadores del Seguro y/o las Personas aseguradas que residan temporalmente en Alemania. El periodo de 5 (cinco) años se calculará incluyendo cualquier renovación de la Póliza de Seguro, así como cualquier cobertura de seguro obtenida por el Tomador del seguro y/o la Persona asegurada bajo una cobertura de seguro médica similar obtenida previamente de otras compañías de seguros.

2.6 Inclusión de recién nacidos

Los recién nacidos se incluyen como Personas aseguradas desde el momento del nacimiento, sin Períodos de carencia y sin evaluación médica, siempre que la madre biológica haya sido Tomador del seguro y Persona asegurada durante al menos 9 (nueve) meses consecutivos antes de la fecha del nacimiento y se presente una nueva Solicitud de Seguro de Salud para el recién nacido en un plazo de 2 (dos) meses a partir de la fecha del nacimiento. En tal caso, las Prestaciones correspondientes al recién nacido se aplicarán con carácter retroactivo a partir del primer día del mes de nacimiento del niño. Las Prestaciones concedidas al recién nacido a raíz de una nueva Solicitud de Seguro de Salud no podrán ser superiores ni más amplias que las Prestaciones concedidas a la madre biológica como Persona asegurada. Los recién nacidos solo podrán ser asegurados con las modalidades de producto aplicables a cualquier nueva Póliza de Seguro suscrita a partir de la fecha del nacimiento correspondiente.

Si la madre biológica no ha completado el Período de carencia para la cobertura de maternidad, los gastos relacionados con la atención de maternidad no estarán cubiertos. Sin embargo, la cobertura de la Prestación «atención al recién nacido» seguirá siendo aplicable si se cumplen las condiciones especificadas, incluso si la madre biológica no ha completado el Período de carencia para la atención de maternidad.

En los casos en que la madre biológica no haya sido Tomador del seguro y Persona asegurada durante al menos 9 (nueve) meses consecutivos antes de la fecha de nacimiento y/o si la Aseguradora no recibe una nueva Solicitud de Seguro de Salud para el recién nacido en un plazo de 2 (dos) meses a partir de la fecha de nacimiento, el recién nacido no se incluirá como Persona asegurada sin someterse a una evaluación médica. Esto significa que la inclusión del recién nacido en la Póliza de Seguro estará sujeta a una selección de riesgo médico, lo que implica completar un cuestionario médico sobre la salud del recién nacido. La Aseguradora utilizará esta información para determinar si se puede conceder la cobertura y, en caso afirmativo, en qué términos, condiciones o exclusiones.

Si la Solicitud de Seguro de Salud se recibe más de 2 (dos) meses después de la fecha de nacimiento, la cobertura prevista en la Póliza de Seguro para el recién nacido entrará en vigor, como muy pronto, el día en que la Aseguradora reciba la nueva Solicitud de Seguro de Salud. La notificación de un nacimiento después del plazo de 2 (dos) meses puede dar lugar a una sobreprima, que puede aplicarse por razones médicas o tras una selección de riesgos, además de la prima de tarifa de la modalidad

La cobertura del seguro para el recién nacido no debe ser superior ni más amplia que la de cualquiera de los padres asegurados con la Aseguradora. En el caso de los hijos menores adoptados, se aplicará una selección de riesgo y se podrá cobrar una prima adicional por razones médicas en función del riesgo individual, que no deberá exceder de un 500 %, además de la prima de tarifa de la Modalidad de producto correspondiente.

2.7 Fin de la Póliza de Seguro

El derecho a recibir cualquier Prestación en virtud de la Póliza de Seguro cesa automáticamente en la fecha en que se rescinde la Póliza de Seguro, incluso con respecto a los Siniestros que puedan haber ocurrido y/o se hayan comunicado a la Aseguradora antes de esa fecha. Los Siniestros que se produzcan durante el Año de seguro serán atendidos, sin embargo, los Tratamientos que se hayan realizado después de la fecha de finalización de la Póliza de Seguro no estarán cubiertos.

2.8 Rescisión

2.8.1 Rescisión automática

La Póliza de Seguro se extinguirá automáticamente en los siguientes casos:

- a) Al alcanzar el período máximo de seguro de 5 (cinco) Años de seguro para personas que residen temporalmente en Alemania, tal y como se describe en el apartado 2.5.4.
- b) En caso de fallecimiento del Tomador del seguro. No obstante, los asegurados supervivientes podrán renovar la Póliza de Seguro designando a un nuevo Tomador, siempre que dicha designación se comunique a la Aseguradora en un plazo de 2 (dos) meses desde el fallecimiento del Tomador inicial.
- c) Cuando el Tomador del seguro se opone a la renovación del contrato de seguro tras la finalización del Año de seguro. Dicha rescisión solo será válida si el Tomador del seguro puede demostrar que se ha informado de la rescisión a las Personas aseguradas afectadas.
- d) Si el contrato de seguro se declara nulo y sin efecto.
- e) Si la Póliza de Seguro ha estado suspendida de forma continuada durante 2 (dos) años.

El divorcio o la separación legal no conllevarán automáticamente la rescisión de la Póliza de Seguro, que seguirá vigente en tal caso.

2.8.2 Rescisión opcional

En caso de coberturas múltiples o riesgos asegurados, la rescisión podrá referirse a una o varias de dichas coberturas y/o riesgos.

2.8.3 Rescisión por parte del Tomador del seguro

El Tomador del seguro podrá rescindir la Póliza de Seguro, ya sea en su totalidad o para determinadas Personas aseguradas, a su vencimiento. Este derecho podrá ejercerse tras la recepción de la notificación de renovación de la Aseguradora, que incluye información sobre la renovación de la Póliza de Seguro, la prima a

pagar, la fecha de vencimiento de la prima y el derecho de rescisión.

Para rescindir, el Tomador del seguro debe enviar una notificación de rescisión por escrito a la Aseguradora en un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha del matasellos del aviso de pago. La rescisión tendrá efecto el segundo día hábil después de la fecha del matasellos de la notificación de rescisión, pero no antes de la fecha de renovación de la Póliza de Seguro.

Si se modifican los Términos y Condiciones del Seguro de acuerdo con las Condiciones Generales, el Tomador del seguro podrá rescindir la Póliza de Seguro en un plazo de 3 (tres) meses desde el envío de la carta de la Aseguradora en la que se informe al Tomador del seguro de la modificación correspondiente. La rescisión tendrá efecto 3 (tres) meses después de la fecha de notificación, que podrá ser la fecha registrada por el servicio oficial de notificaciones, la fecha que figure en el recibo de la carta de rescisión o el día siguiente a la entrega de la carta al servicio postal, según corresponda.

Si las primas se incrementan de acuerdo con lo que establecen de estas Condiciones Generales, el Tomador del seguro tiene derecho a rescindir la Póliza de Seguro en un plazo de 60 (sesenta) días a partir de la fecha del matasellos de la carta de notificación enviada por la Aseguradora al Tomador del seguro informándole del incremento de la prima correspondiente. La rescisión tendrá efecto el segundo día hábil siguiente a la fecha del matasellos de envío de la carta de rescisión, pero no antes de la fecha de renovación de la Póliza de Seguro.

El Tomador del seguro podrá además rescindir la Póliza de Seguro en su totalidad si la Aseguradora ha rescindido uno o varios riesgos asegurados cubiertos por la Póliza de Seguro. La rescisión deberá producirse en el plazo de 1 (un) mes desde la fecha del matasellos de envío de la carta de rescisión por parte de la Aseguradora, y tendrá efecto en el plazo de 1 (un) mes siguiente a la fecha de notificación por parte del agente judicial de la carta de rescisión del Tomador del seguro, la fecha indicada en el recibo o el día siguiente a la fecha de envío de la carta de rescisión del Tomador del seguro a los servicios postales, según sea el caso.

Si el Tomador del seguro rescinde la Póliza de Seguro en su totalidad o la rescinde para una o más de las Personas aseguradas individualmente, las Personas aseguradas podrán suscribir un nuevo contrato en las mismas condiciones nombrando a un nuevo Tomador del seguro, siempre que dicho nombramiento se comunique a la Aseguradora en un plazo de 2 (dos) meses desde la rescisión correspondiente. La rescisión solo tendrá efecto si el Tomador del seguro demuestra a la Aseguradora que las Personas aseguradas pertinentes han sido informadas de la notificación de rescisión por parte del Tomador del seguro.

2.8.4 Rescisión por parte de la Aseguradora

Sin perjuicio de cualquier otra causa de rescisión prevista en la Póliza de Seguro, la Aseguradora podrá rescindir la Póliza de Seguro con efecto inmediato si el Tomador del Seguro o una Persona asegurada ha obtenido o intentado obtener Prestaciones del seguro de manera fraudulenta. Este derecho de rescisión se perderá si no se ejerce en el plazo de 1 (un) mes a partir de la fecha en que la Aseguradora haya sido informada de los hechos que motivan la rescisión.

Si la Póliza de Seguro cubre a más de una Persona asegurada y las condiciones para la rescisión de la Póliza de Seguro solo se cumplen para algunas de las Personas aseguradas, el ejercicio de los derechos de rescisión mencionados anteriormente podrá limitarse a las Personas aseguradas correspondientes.

2.9 Nulidad de la Póliza de Seguro

Si, de mala fe, un riesgo determinado se asegura en una o varias pólizas de seguro de los asegurados, incluida la Póliza de Seguro, con una prima demasiado elevada, la Póliza de Seguro será nula y sin efecto. En este caso, la Aseguradora, actuando de buena fe, podrá conservar las primas cobradas como medio para indemnizar cualquier pérdida sufrida.

2.10 Formalidades de rescisión y plazos de preaviso

Cualquier rescisión de la Póliza de Seguro deberá realizarse mediante carta certificada («lettre recommandée»), notificación judicial («exploit d’huissier») o entrega de la carta de rescisión contra recibo («remise de la lettre de résiliation contre récépissé»).

Salvo que se disponga lo contrario en el presente documento, la rescisión tendrá efecto tras un plazo de 1 (un) mes desde la fecha de notificación por parte del agente judicial de la carta de rescisión, la fecha indicada en el recibo de la carta de rescisión o el día siguiente a la entrega de la carta de rescisión a los servicios postales, según corresponda.

2.11 Reembolso de las primas en caso de rescisión

Independientemente de la causa de la rescisión, las primas que haya pagado el Tomador del seguro en relación con el período de seguro que transcurra después de la fecha en que la rescisión surta efecto, se reembolsarán en un plazo de 30 (treinta) días a partir de la fecha en que la rescisión correspondiente tenga efecto. Una vez transcurrido este plazo de 30 (treinta) días, se devengarán los intereses legales en virtud de la ley.

En caso de rescisión parcial o de cualquier otra reducción de la cobertura del seguro o de las Prestaciones previstas en la Póliza de Seguro, el párrafo anterior solo se aplicará a dicha reducción y en la medida de la misma.

2.12 Limitación de responsabilidad

Salvo en caso de negligencia grave (“faute lourde”) o dolo (“dol”) por su parte, la Aseguradora no será responsable ante el Tomador del Seguro o la Persona asegurada por ninguna pérdida, Siniestro, responsabilidad, gasto o daño que se derive de cualquier acción u omisión de la Aseguradora en relación con la Prestación de servicios o con la adopción de cualquier medida contemplada en la Póliza de Seguro.

3. Cobertura

3.1 Períodos de carencia

Los Períodos de carencia comienzan en la Fecha de entrada en vigor, cuyos detalles se describen en las Condiciones Especiales.

Sin perjuicio de las Condiciones Especiales, se aplican los siguientes Períodos de carencia a la Póliza de Seguro: En el caso de Tratamiento psiquiátrico, psicoterapia, servicios odontológicos mayores, embarazo y parto, incluidas las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, mastectomía profiláctica y el Tratamiento médico de infertilidad.

- (i) En el caso de Tratamientos psiquiátricos, psicoterapia y servicios odontológicos mayores, el Período de carencia es de 10 (diez) meses a partir de la Fecha de entrada en vigor.
- (ii) En el caso de embarazo y parto, incluidas las complicaciones relacionadas con el embarazo y parto, el Período de carencia es de 12 (doce) meses a partir de la Fecha de entrada en vigor, independientemente del número de Personas aseguradas.
- (iii) En el caso de la mastectomía profiláctica, el Período de carencia es de 24 (veinticuatro) meses a partir de la Fecha de entrada en vigor.
- (iv) En el caso de Tratamientos médicos de infertilidad, el Período de carencia es de 24 (veinticuatro) meses a partir de la Fecha de entrada en vigor para ambos cónyuges o parejas.

Si se modifica la Póliza de Seguro con el fin de ampliar las Prestaciones previstas en la misma, los Períodos de carencia se aplicarán a las nuevas Prestaciones correspondientes concedidas en virtud de la Póliza de Seguro modificada, de acuerdo con la Modalidad de producto acordada.

3.2 Plazos para la notificación de Siniestros

Sin perjuicio de lo dispuesto en estas Condiciones Generales, el Tomador del seguro y/o la Persona asegurada deberán comunicar cualquier Siniestro a la Aseguradora en un plazo de 3 (tres) meses.

3.3 Obligaciones y trámites que deben cumplirse al presentar un Siniestro

La Persona asegurada deberá tomar todas las medidas necesarias para evitar o limitar las consecuencias de cualquier Siniestro.

El Tomador del seguro y/o la Persona asegurada deberán facilitar sin demora toda la información y documentación pertinentes a la Aseguradora y/o a su agente, cuando proceda, y responder a todas las preguntas de este último, con el fin de que la Aseguradora pueda determinar las circunstancias y el alcance del Siniestro.

A petición de la Aseguradora, la Persona asegurada deberá someterse a un examen por parte de un Médico designado por la Aseguradora.

Se aplicarán las siguientes condiciones:

- a) Salvo que la Aseguradora acuerde lo contrario, el Tomador del seguro y/o la Persona asegurada deberán enviar directamente todos los documentos e información pertinentes, como facturas y pruebas de pago, a la Aseguradora o al Centro de servicio correspondiente cuando se produzca un Siniestro.
- b) Los Tratamientos hospitalarios deberán comunicarse lo antes posible al Centro de servicio correspondiente tras el Inicio de dicho Tratamiento.
- c) La Persona asegurada permitirá a la Aseguradora o al Centro de servicio recopilar toda la información necesaria, especialmente en lo que respecta a la exención de los profesionales médicos de su deber de confidencialidad.
- d) Se espera que el Tomador del seguro y la Persona asegurada actúen de forma consciente en cuanto a los costes en caso de Siniestro, limitando los gastos del Tratamiento a lo estrictamente necesario.

Si el Tomador del seguro y/o la Persona asegurada incumplen las obligaciones que les impone la Póliza de Seguro, la Aseguradora podrá no estar obligada a pagar las Prestaciones o podrá limitarlas, de conformidad con los términos de la Póliza de Seguro.

Si el incumplimiento por parte del Tomador del seguro y/o la Persona asegurada de las obligaciones que les impone la Póliza de Seguro da lugar a una pérdida para la Aseguradora, las Prestaciones del seguro podrán reducirse en proporción a la pérdida sufrida.

Si el Tomador del seguro y/o la Persona asegurada incumplen las obligaciones que les impone la Póliza de Seguro con intención fraudulenta, la Aseguradora tendrá derecho a rechazar la cobertura prevista en la Póliza de Seguro y a denegar el pago de cualquier Prestación del seguro.

3.4 Pago de Prestaciones

Si el Tomador del seguro o la Persona asegurada también tienen derecho a Prestaciones de un seguro de enfermedad público o de otra entidad o institución aseguradora, se deberá informar de ello a la Aseguradora. La Aseguradora solo estará obligada a cubrir los gastos en que haya incurrido el Tomador del seguro o la Persona asegurada que superen las Prestaciones ya recibidas de dicho seguro de enfermedad público, entidad o institución.

La Aseguradora solo pagará las Prestaciones si el Tomador del seguro y la Persona asegurada le facilitan los documentos justificativos y la información solicitados. Dichos documentos pasarán a ser propiedad de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva además el derecho a archivar los documentos pertinentes de acuerdo con las normas y reglamentos aplicables.

Las facturas y los comprobantes de pago proporcionados por el Tomador del seguro y/o la Persona asegurada deben ser documentos originales, que deben cumplir con las disposiciones legales del país emisor. Dichas facturas y comprobantes de pago pueden ser proporcionados a la Aseguradora por correo electrónico o correo ordinario, siempre que estos últimos sean legibles y que la calidad de transmisión de los documentos sea suficiente para su tratamiento.

No obstante lo anterior, la Aseguradora podrá solicitar en cualquier momento que se le faciliten los documentos justificativos originales.

Si otra aseguradora y/u otra institución ha contribuido al reembolso de los gastos, bastará con presentar

duplicados de las facturas y justificantes de pago, siempre que se facilite a la Aseguradora un documento que acredite el importe reembolsado por la otra Aseguradora y/u otra institución.

La siguiente información debe aparecer en las facturas: nombre y apellido/s, así como la fecha de nacimiento de la Persona asegurada correspondiente, una declaración exacta de la Enfermedad o Lesión corporal por parte de un Médico (diagnóstico) o una descripción precisa de toda la Enfermedad o una referencia al Código ICD 9 y/o 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) o de la Lesión corporal completa con los datos del Tratamiento y los precios unitarios. En el caso de la atención odontológica, se debe indicar la designación de los dientes tratados o sustituidos y los servicios relacionados con ellos.

En las recetas médicas debe figurar la siguiente información: nombre y apellido/s, así como la fecha de nacimiento de la Persona asegurada correspondiente, el Medicamento recetado, el precio y la referencia de pago. Las recetas deben ir acompañadas de la nota del Médico con los honorarios y/o la factura del tratamiento, los Medicamentos y los remedios.

La Aseguradora tiene derecho a solicitar que los documentos justificativos y la información se presenten en sus propios formularios. Los formularios correspondientes deberán ser debidamente cumplimentados por el Tomador del seguro o la Persona asegurada y el Médico que le atienda, según corresponda.

La Aseguradora tiene derecho a pagar sus Prestaciones a la persona que presente los documentos justificativos y la información en la forma debida a la Aseguradora. En caso de duda, la Aseguradora pagará el importe del reembolso al Tomador del seguro y dicho pago liberará a la Aseguradora de sus obligaciones pertinentes en virtud de la Póliza de Seguro.

Las facturas se reembolsarán en la moneda acordada con la Persona asegurada. Los gastos en moneda extranjera se convertirán al tipo de cambio real aplicable el día de la emisión de la factura. Esto es así salvo que la Persona asegurada pueda presentar comprobantes bancarios que demuestren que se compraron a un tipo menos ventajoso para pagar las facturas.

Todos los documentos o información justificativos deberán presentarse en francés, alemán, español o inglés. Los gastos en que incurra la Aseguradora en relación con la traducción de documentos e información a cualquier otro idioma podrán deducirse de las Prestaciones concedidas en virtud de la Póliza de Seguro.

Los derechos a dichas Prestaciones no podrán cederse, transferirse ni ignorarse.

3.5 En caso de Accidente o Emergencia

La Persona asegurada podrá ponerse en contacto con el Centro de servicio correspondiente las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, especialmente tras un evento significativo, como un Accidente, una Emergencia o un Tratamiento hospitalario. Las direcciones, los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico se encuentran en todos los documentos pertinentes y en la Tarjeta de asegurado.

3.6 Subrogación

La Aseguradora se subrogará en los derechos y acciones que el Tomador del seguro o la Persona asegurada puedan tener frente a terceros en relación con un Siniestro, por el importe de las Prestaciones pagadas por la Aseguradora en virtud de la Póliza de Seguro a este respecto.

Si, debido a cualquier acción u omisión por parte del Tomador del seguro o de la Persona asegurada, la subrogación antes mencionada ya no pudiera surtir efecto en beneficio de la Aseguradora, esta podrá reclamar el reembolso de las indemnizaciones pagadas en virtud de la Póliza de Seguro en proporción a la pérdida sufrida.

La subrogación no tendrá el efecto adverso para la Persona asegurada de que esta solo sea indemnizada parcialmente por el pago de las Prestaciones en virtud de la Póliza de Seguro. En este caso, la Persona asegurada podrá ejercer sus derechos, por los importes que se le deban, con prioridad sobre la Aseguradora.

Salvo en caso de dolo por parte de la Persona asegurada, la Aseguradora no tendrá recurso legal alguno contra los descendientes, ascendientes, cónyuge y parientes políticos en línea directa de la

Persona asegurada, ni contra las personas que vivan en el domicilio de la Persona asegurada, sus anfitriones y empleados domésticos. No obstante, la Aseguradora podrá emprender acciones legales contra las personas antes mencionadas en la medida en que su responsabilidad esté efectivamente cubierta por una Póliza de Seguro.

3.7 Plazo de prescripción

El plazo de prescripción para cualquier acción legal derivada de la Póliza de Seguro es de 3 (tres) años.

Dicho plazo de prescripción comienza a correr a partir del día en que se produce el hecho que da lugar a la acción legal correspondiente. Si la persona con derecho a emprender acciones puede demostrar que no tuvo conocimiento del hecho susceptible de ser objeto de acción legal hasta una fecha posterior, el plazo de prescripción comenzará a correr a partir de dicha fecha posterior, sin que, no obstante, pueda exceder de 5 (cinco) años a partir de la fecha en que se produjo el hecho que da lugar a la acción, salvo en caso de fraude.

El plazo de prescripción también se aplica a los menores de edad y otras personas consideradas incapaces por la ley. El plazo de prescripción no se aplica a la Persona asegurada que no pueda actuar dentro del plazo prescrito por causas de fuerza mayor.

Si el Siniestro se ha declarado a su debido tiempo, el plazo de prescripción se interrumpe hasta que la Aseguradora haya informado por escrito al Tomador del seguro o a la Persona asegurada de su decisión con respecto al Siniestro.

4. Pago y cobro de las primas

4.1 Pago de las primas

Salvo que se estipule lo contrario, las primas, comisiones e impuestos debidos en virtud de la Póliza de Seguro deberán pagarse por adelantado a la sede central de la Aseguradora y/o al agente designado por la Aseguradora a tal efecto. El pago deberá ser realizado por el Tomador del seguro.

Si la Póliza de Seguro cubre varios riesgos asegurados, el importe total de las primas a pagar se considera una prima única e indivisible.

La prima suele ser anual y puede ser fraccionada. La primera prima o la primera fracción de prima debe pagarse según lo indicado en la factura, una vez que la Aseguradora haya aceptado la Solicitud de Seguro de Salud y haya emitido la Póliza de Seguro.

La cobertura del seguro prevista en la Póliza de Seguro no comienza hasta que se haya pagado íntegramente la primera prima o la primera fracción de la prima. Las primas posteriores se pagarán de acuerdo con la frecuencia de pago acordada. Las condiciones de pago de las primas, la fecha de vencimiento y el importe de la prima se recogen en la Póliza de Seguro. Cualquier modificación de estas condiciones requiere el consentimiento expreso por escrito de la Aseguradora.

Si la Póliza de Seguro se rescinde durante un período de facturación activo, la prima se modificará proporcionalmente. Un período de facturación activo es el lapso de tiempo por el cual la Aseguradora ha emitido una factura y espera el pago por la cobertura prestada.

En el caso de los recién nacidos que ya estén incluidos como Personas aseguradas en su fecha de nacimiento, las primas se devengarán a partir de la fecha de nacimiento del niño. En el caso de los recién nacidos cubiertos retroactivamente como Personas aseguradas en base a una Solicitud de Seguro de Salud firmado recibido por la Aseguradora en un plazo de 2 (dos) meses desde su nacimiento, la prima se devengará a partir de la fecha de la firma de la Solicitud de Seguro de Salud correspondiente.

4.2 Pago de otros cargos e impuesto sobre las primas de seguros (IPT)

Si el País de residencia del Tomador del seguro se encuentra dentro de la UE/EEE, la Aseguradora deberá

facturar al Tomador del seguro los cargos, cuotas o impuestos legales asociados a la Póliza de Seguro. Los tipos impositivos locales aplicables se indicarán en la Póliza de Seguro. La Aseguradora cobrará el impuesto sobre la prima del seguro y las cuotas o cargos junto con la prima del seguro.

Si el País de residencia se encuentra fuera de la UE/EEE, el Tomador del seguro es responsable del registro y el pago de los impuestos locales y otros cargos que puedan aplicarse al seguro.

4.3 Cobro de primas

La prima que se pagará por la Póliza de Seguro depende del estado de salud de la Persona asegurada (en el momento en que la Aseguradora acepta la Solicitud de Seguro de Salud correspondiente), la prima individual según la tabla de primas vigente y la edad de la Persona asegurada el primer día del Año de seguro. Los tramos de edad se establecen de la siguiente manera: 0 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 y 79+. Las tablas de primas se pueden consultar en nuestro sitio web <https://globalhealth.insurance>. El método de cálculo de las primas se establece en la Póliza de Seguro.

4.4 Modificación de costes/primas

La prima de seguro acordada está sujeta a cambios en función de los siguientes factores:

- Los costes reales de los Siniestros ya no se corresponden con la base de cálculo técnico de la correspondiente Modalidad de producto o si la tendencia de costes observada en el sistema sanitario da motivos para suponer que los costes reales en el siguiente Año de seguro superarán de manera desproporcionada los costes calculados. Los costes reales de los Siniestros se refieren a los costes globales/totales reales de los Siniestros de los últimos años correspondientes a la cartera de seguros individuales de la Aseguradora.
- El cambio de tramo de edad. Si el comienzo de un nuevo Año de seguro implica el cambio de tramo de edad mencionado anteriormente e indicado en la tabla de primas, la Aseguradora también modificará la prima en función del nuevo tramo de edad.

- Cambios en la legislación aplicable.

La Aseguradora tiene además derecho a repercutir al Tomador del seguro todos los aumentos de los cargos, cuotas o impuestos legales o pagos similares. Una vez al año, se evaluarán estos cambios y, en consecuencia, se podrán modificar las primas si fuera necesario. La Aseguradora informará al Tomador del seguro por escrito sobre cualquier cambio en la prima al menos 3 (tres) meses antes del comienzo del siguiente Año de seguro. El cambio se aplicará entonces desde el comienzo del siguiente Año de seguro.

Si el Tomador del seguro no está de acuerdo con el cambio de prima, podrá rescindir la Póliza de Seguro en un plazo de 3 (tres) meses a partir de la recepción de la notificación correspondiente. La Póliza de Seguro finalizará en la fecha en que, de otro modo, entraría en vigor el cambio.

4.5 Consecuencias del retraso en el pago

En caso de impago de las primas o de una fracción de la prima en un plazo de 10 (diez) días naturales a partir de la fecha de vencimiento, las Prestaciones de la Póliza de Seguro se suspenderán tras un plazo de pago de 30 (treinta) días naturales a partir del envío, por parte de la Aseguradora, de una carta certificada al Tomador del seguro a su último domicilio conocido. La Aseguradora también enviará la carta certificada correspondiente a la última dirección de correo electrónico conocida del Tomador del seguro.

La carta certificada contiene un requerimiento formal de la Aseguradora para que el Tomador del seguro abone todas las primas vencidas. Además, en la carta se indican la fecha de vencimiento y el importe total de las primas impagadas, así como las consecuencias del impago al final del mencionado plazo de pago de 30 (treinta) días.

La Aseguradora no asumirá ninguna Prestación en relación con los Siniestros que se produzcan durante el período de suspensión, después de transcurrido el plazo de pago.

La Aseguradora tiene derecho a rescindir la Póliza de Seguro 10 (diez) días naturales después del vencimiento del mencionado plazo de pago de 30 (treinta) días.

Si no se rescinde, la Póliza de Seguro reanudará sus efectos para futuros Siniestros solo a partir de la primera hora del día siguiente a la fecha en que la Aseguradora, o el agente designado por la Aseguradora a tal efecto, reciba el pago de las primas vencidas o, cuando el importe total de la prima anual esté fraccionado, el pago de las fracciones correspondientes que hayan sido notificadas como impagadas al Tomador del Seguro, así como las primas vencidas durante el período de suspensión y, en su caso, los gastos legales y de cobro.

La suspensión de las Prestaciones no afecta al derecho de la Aseguradora a reclamar las primas que venzan posteriormente, siempre que se haya enviado al Tomador del Seguro una notificación formal informándole de que las primas han vencido y de que la Póliza de Seguro y las Prestaciones concedidas en virtud de la misma siguen suspendidas. No obstante, este derecho se limita a las primas correspondientes a 2 (dos) años consecutivos.

Si la Póliza de Seguro se suspende debido al impago de las primas o fracciones de primas durante un período de suspensión ininterrumpido de 2 (dos) años, se rescindirán automáticamente al vencimiento de dicho período.

4.6 Moneda contractual

El euro (EUR) es la moneda base para todas las Modalidades de producto.

No obstante lo anterior, el Tomador del seguro podrá elegir el dólar estadounidense (USD), la libra esterlina (GBP) o el franco suizo (CHF) como moneda contractual. La Aseguradora revisa los tipos de cambio de estas monedas dos veces al año y los modifica cuando es necesario. Esto puede dar lugar a primas más altas o más bajas si la Aseguradora debe adaptar la moneda contractual al tipo de cambio del euro. El Tomador del seguro y la Persona asegurada aceptan expresamente asumir cualquier riesgo cambiario que se derive de la elección de una moneda contractual distinta del euro (EUR) y a indemnizar y eximir de responsabilidad a la Aseguradora por cualquier pérdida directa o indirecta sufrida en relación con ello.

5. Disposiciones varias

5.1 Modificación de la Póliza de Seguro

El Tomador del seguro y la Persona asegurada reconocen y aceptan que la Aseguradora puede modificar los Términos y Condiciones del Seguro de conformidad con las disposiciones establecidas en este documento.

La Aseguradora notificará por escrito al Tomador del seguro las modificaciones o cambios previstos al menos 3 (tres) meses antes del comienzo del siguiente Año de seguro. El Tomador del seguro se compromete a informar a la Persona asegurada de dichas modificaciones. La modificación correspondiente se aplicará entonces desde el comienzo del siguiente Año de seguro.

Si el Tomador del seguro no está de acuerdo con la modificación propuesta, podrá rescindir la Póliza de Seguro mediante notificación por escrito enviada por carta certificada a la Aseguradora en un plazo de 3 (tres) meses desde la recepción de la notificación. En tal caso, la Póliza de Seguro finalizará en la fecha en que la modificación hubiera entrado en vigor.

Si la Aseguradora no recibe ninguna oposición por parte del Tomador del seguro a la modificación propuesta en el plazo mencionado de 3 (tres) meses, se considerará que el Tomador del seguro y la Persona asegurada han aprobado tácitamente la modificación en cuestión.

5.2 Modificación de la cobertura del seguro

Los cambios en la cobertura del seguro (moneda, área de cobertura, Franquicia, Copago, Gasto máximo de bolsillo a cargo de la Persona asegurada, Modalidad de producto) solo son posibles a partir del comienzo del siguiente Año de seguro y solo si la Aseguradora lo acepta por escrito.

En función de la Modalidad de producto acordada, se aplicarán nuevos Períodos de carencia a la cobertura adicional del seguro. Las Enfermedades y sus consecuencias, así como las consecuencias de los Accidentes que se hayan producido durante el período de seguro anterior y que constituyan un riesgo mayor según los resultados médicos, pueden quedar excluidas de la cobertura del seguro modificada. Esto también incluye el Tratamiento y el parto con relación a un embarazo existente.

Si antes del cambio de la cobertura del seguro se debía pagar una sobreprima por riesgo elevado, ésta también se aplicará a las nuevas primas de la Modalidad de producto con los mismos porcentajes, salvo que se acuerde lo contrario. La sobreprima cambiará en la misma medida en que cambien las primas (por ejemplo, debido a una modificación).

La cobertura del seguro anterior seguirá siendo válida si la modificación solicitada de la cobertura del seguro no entra en vigor debido al ejercicio del derecho de revocación.

El Año de seguro permanecerá sin cambios tras la modificación de la cobertura del seguro.

5.3 Protección de datos

Secreto profesional, subcontratación y subcontratación a proveedores de servicios de computación en la nube

La Aseguradora concede gran importancia al respeto del secreto profesional y de la confidencialidad de los datos de sus clientes y se compromete a aplicar en todo momento todas las medidas necesarias y exigidas para garantizar la confidencialidad de los datos de acuerdo con los más altos estándares de calidad y en cumplimiento de la normativa aplicable.

Para garantizar un alto nivel de calidad de los servicios y proporcionar a sus clientes las tecnologías más avanzadas, la Aseguradora puede utilizar proveedores de servicios externos, subcontratistas y tecnologías que utilizan la computación en nube. En cualquier caso, los datos transmitidos estarán protegidos de acuerdo con altos estándares de calidad y de conformidad con la normativa aplicable, incluidas las disposiciones del RGPD.

Si la transferencia de datos protegidos por el secreto profesional en materia de seguros se realiza en el marco de una subcontratación y se establecen tecnologías que utilizan la computación en nube por iniciativa de la Aseguradora en el sentido del artículo 300, 2 bis, apartado 2 de la ley modificada de 7 de diciembre de 2015, con un tercer proveedor de servicios distinto del mencionado en este artículo 300, el Tomador del seguro consiente expresamente cualquier subcontratación, incluida la computación en nube. El Tomador del seguro puede solicitar en cualquier

momento los detalles de esta subcontratación (cuadro de subcontratación) en el enlace <https://www.foyer.lu/en/transparency> . El Tomador del seguro también puede solicitar una copia impresa del cuadro de subcontratación.

El Tomador del seguro encontrará en el cuadro de subcontratación la existencia de subcontratos actuales, el tipo de información transmitida y el país en el que tiene su sede el prestador de servicios. Si este prestador de servicios no esté sujeto a una obligación de secreto profesional similar al de la Aseguradora, ésta última se compromete a celebrar un acuerdo de confidencialidad con el prestador de servicios en cuestión para imponerle el cumplimiento de una obligación de confidencialidad en el marco del tratamiento subcontratado de que se trate.

En caso de modificación del cuadro de subcontratación (ejemplos: inclusión de un subcontratista, utilización de la computación en nube), se informará efectivamente al Tomador del seguro del cambio por correo electrónico y/o en su área de cliente y/o de otra forma adecuada (ejemplo: notificación de la fecha de vencimiento).

Si el Tomador del Seguro no se ha opuesto por escrito en un plazo de dos meses a partir de una modificación del cuadro de subcontratación, se entenderá que ha dado su consentimiento irrevocablemente a la subcontratación en cuestión. En caso de oposición por parte del Tomador del seguro, ésta deberá notificarse a la Aseguradora por carta certificada. Esto solo se considerará una anulación al próximo vencimiento del contrato.

Si el contrato de seguro no puede rescindirse anualmente, el consentimiento del Tomador del seguro se aplicará excepcionalmente durante toda la vigencia del contrato de seguro, incluidas las modificaciones posteriores.

El Tomador del seguro será debidamente informado de ello:

- Si se opone a un cambio en el cuadro de subcontratación, esta oposición repercutirá en la gestión del contrato de seguro y en el nivel de servicio prestado, por lo que la oposición se considerará una anulación con efectos a partir del siguiente vencimiento.
- Si ha suscrito varios contratos de seguro con

la Aseguradora, el Tomador del seguro deberá presentar una oposición por cada contrato de seguro.

Protección de datos incluido el tratamiento de datos de salud

De conformidad con el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, (RGPD) y con la Ley de 1 de agosto de 2018 por la que se crea la Comisión Nacional de Protección de Datos y se aplica el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, la Aseguradora, como responsable del tratamiento, recoge, registra, almacena y trata los datos que el Tomador del seguro y los asegurados le han comunicado, así como los datos que éstos le faciliten posteriormente con el fin de evaluar los riesgos, preparar, establecer, gestionar y ejecutar los contratos de seguro, liquidar cualquier Siniestro y prevenir el fraude.

Las categorías especiales de datos personales relacionados con la salud son tratadas por la Aseguradora exclusivamente en el ámbito de la finalidad del artículo 9, apartado 2, letra g), del RGPD sobre la base del Derecho de la Unión o sobre la base del consentimiento expreso previo de la Persona asegurada, a menos que exista una base jurídica específica o excepciones legales, como la protección de intereses vitales o la protección de un interés legítimo.

Los datos personales no se tratarán con fines comerciales sin el consentimiento expreso de los interesados, que conservan un derecho de revocación.

El responsable del tratamiento es la Aseguradora. Podrá transmitir estos datos a terceros, en particular a la reaseguradora, los Médicos-asesores, los abogados u otros prestadores de servicios, así como en el marco de las obligaciones legales y de control. La cesión tiene lugar en las condiciones del artículo 300 de la Ley de 7 de diciembre de 2015 sobre el sector de los seguros.

Los interesados tienen derecho de acceso, rectificación, limitación, cancelación (dentro de los límites legales) y portabilidad de sus datos, que pueden ejercer presentando una solicitud por escrito mediante el formulario disponible en el sitio web del responsable del tratamiento.

La duración del almacenamiento de estos datos se limita a la duración del contrato de seguro y a la duración requerida por la Aseguradora para cumplir sus obligaciones en materia de plazos de prescripción u otros requisitos legales.

La Aseguradora ha designado a un delegado de protección de datos con el que se puede contactar por correo postal a la dirección del responsable del tratamiento o por correo electrónico a bc-dataprotectionfgh@foyer.lu.

5.4 Sanciones

En interés de todas las partes, la Aseguradora debe cumplir con las normas y reglamentos locales, europeos e internacionales aplicables, incluidos los reglamentos sobre sanciones. La Aseguradora no está obligada a pagar ninguna Prestación del seguro ni a garantizar ninguna cobertura del seguro en virtud de la presente Póliza de Seguro si la ejecución de la cobertura del seguro o el pago de la Prestación expusiera a la Aseguradora al riesgo de incurrir en cualquier sanción, penalización, prohibición, responsabilidad o restricción en virtud de dichas normas y reglamentos.

Más concretamente, la Aseguradora no deberá asumir la cobertura y no estará obligada a pagar ningún Siniestro ni a prestar ningún servicio en virtud del presente contrato en la medida en que la Prestación de dicha cobertura, el reembolso de dicho Siniestro o la Prestación de dicho servicio expongan a la Aseguradora a cualquier riesgo relacionado con la legislación, las prohibiciones o las restricciones en materia de sanciones, incluidas, entre otras, las leyes, reglamentos o resoluciones sobre sanciones financieras, económicas y comerciales adoptadas por cualquier autoridad competente, incluyendo, entre otras, las Naciones Unidas, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, el Reino Unido y cualquier otra jurisdicción relevante para el este contrato de seguro.

Personas sancionadas

La Aseguradora no asumirá la cobertura, no aceptará el pago de primas y no será responsable de pagar ningún reembolso ni prestar ningún servicio a una persona sancionada según lo designado por una autoridad competente.

La cobertura de un asegurado, ya sea titular o beneficiario, se suspenderá y/o rescindirá inmediatamente, según proceda, en caso de que sea designada como persona sancionada por cualquier autoridad competente.

Jurisdicciones sancionadas

La Aseguradora no asumirá la cobertura y no será responsable de pagar ningún reembolso ni de prestar ningún servicio relacionado con una cobertura que afecte una jurisdicción sancionada.

Esto significa que (i) no se podrá proporcionar cobertura de seguro en ningún caso cuando se trate de un país o territorio sancionado, (ii) no se puede realizar ningún pago de prima, pago de reembolso o Prestación de servicio desde o a una cuenta bancaria abierta en una jurisdicción sancionada o en un banco controlado por el gobierno de una jurisdicción sancionada, y (iii) la Aseguradora no puede emitir ninguna garantía de pago a un proveedor establecido en una jurisdicción sancionada o que tenga alguna participación accionarial formada por nacionales o residentes de una jurisdicción sancionada o de personas sancionadas, sea cual sea su titularidad.

Los nacionales o residentes de una jurisdicción sancionada y las personas que hayan viajado a una jurisdicción sancionada en el pasado sólo tendrán cobertura cuando se encuentren fuera de jurisdicciones sancionadas y siempre que no se les considere personas sancionadas.

No se llevará a cabo ninguna evacuación o Repatriación de una Persona asegurada desde una jurisdicción sancionada.

El listado de jurisdicciones sancionadas, que es actualizado periódicamente, incluye, entre otros, Afganistán, Bielorrusia, Irán, Myanmar (Birmania), Corea del Norte, Rusia, las regiones de Ucrania ocupadas o anexionadas por Rusia (incluidas Crimea, Donetsk, Kherson, Luhansk, Sebastopol y Zaporizhzhia), Sudán del Sur, Siria y Yemen. El último listado de jurisdicciones

sancionadas está disponible en <https://globalhealth.insurance/conditions>.

Jurisdicciones restringidas

La Aseguradora no emitirá garantías de pago a Hospitales y no efectuará pagos a cuentas bancarias abiertas en una jurisdicción restringida.

No se llevará a cabo ninguna evacuación o Repatriación de una Persona asegurada desde una jurisdicción restringida.

El listado más reciente de jurisdicciones restringidas, que es actualizado periódicamente, está disponible en el centro de descargas IDD de la Aseguradora en <https://globalhealth.insurance/conditions>.

Actualización de los términos y condiciones

La Aseguradora se reserva el derecho de actualizar los Términos y Condiciones del Seguro y la cobertura de forma inmediata y sin previo aviso en caso de que se produzca algún cambio en la situación política de una jurisdicción cubierta, incluyendo, entre otros, la designación de dicha jurisdicción como jurisdicción restringida o sancionada, o la evolución de las sanciones impuestas a dicha jurisdicción.

Responsabilidad de la Aseguradora

La Aseguradora no se responsabiliza de ningún tipo de daño, ya sea financiero, físico o psicológico, que se derive de la denegación de la cobertura del seguro o del impago de un Siniestro o de la Prestación de un servicio que afecte a una persona sancionada o a una jurisdicción sancionada o restringida.

Incumplimiento por parte del Tomador del seguro

En caso de que el Tomador del seguro haya proporcionado información incompleta o incorrecta sobre cualquier Persona asegurada, incluyendo, entre otros, información sobre su identificación y/o su ubicación geográfica, la Aseguradora podrá, a su entera discreción, exigir al Tomador del seguro que adopte las medidas correctivas necesarias en un plazo determinado, suspender la cobertura del seguro y/o rescindirla inmediatamente por motivo importante y sin previo aviso, de conformidad con las disposiciones contractuales que sean de aplicación.

5.5 Notificaciones

Salvo que se disponga expresamente lo contrario, toda notificación de la Aseguradora al Tomador del seguro se considerará válidamente realizada si se envían por correo postal a la última dirección conocida del Tomador del seguro que figure en los registros de la Aseguradora.

Las notificaciones de la Aseguradora al Tomador del seguro se considerarán recibidas por este último 10 (diez) días naturales después de la fecha del matasellos de su envío por parte de la Aseguradora.

Las notificaciones dirigidas a la Aseguradora deberán enviarse a su domicilio social, cuya dirección figura en las Condiciones Generales.

5.6 Controversias

En caso de controversia relativa a la Póliza de Seguro, el Tomador del seguro deberá presentar una reclamación por escrito a una de las siguientes entidades:

- a) La alta dirección de la Aseguradora,
Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange Luxemburgo
Teléfono: +352 270 444 3100
Correo electrónico: feedback@globalhealth.insurance
Internet: <https://globalhealth.insurance>
- b) o al Defensor del Asegurado, a cargo de la
Association des Compagnies d'Assurances et de
Réassurances du Grand-Duché de Luxembourg
(Asociación de Compañías de Seguros y
Reaseguros del Gran Ducado de Luxemburgo),
12 rue Erasme, L-1468 Luxemburgo,
- c) o al Defensor del Consumidor, Union
Luxembourgeoise des Consommateurs
(Asociación de Protección al Consumidor de
Luxemburgo), 55 rue des Bruyères,
L-1274 Howald,
- d) o al Servicio Nacional del Defensor del
Consumidor, Service National du Médiateur de la
Consommation, 6 rue du Palais de Justice,
L-1841 Luxemburgo,

- e) o a la Comisión de Seguros de Luxemburgo, Commissariat aux Assurances, 11 Rue Robert Stumper, L-2557 Gasperich Luxemburgo. La apertura del procedimiento de reclamación ante el Commissariat aux Assurances está sujeta a la condición de que la reclamación haya sido previamente tramitada por la Aseguradora.

Esto se suma al derecho del Tomador del seguro a emprender acciones legales ante los tribunales. Para obtener más información sobre el procedimiento de resolución de reclamaciones extrajudicial, consulte el procedimiento disponible en el sitio web de la Aseguradora en: <https://globalhealth.insurance>.

5.7 Legislación aplicable y tribunal competente

La Póliza de Seguro se regirá por la ley luxemburguesa. Las cuestiones no previstas expresamente en la Póliza de Seguro se regirán por las disposiciones aplicables de la ley luxemburguesa.

Para cualquier controversia que surja en relación con la Póliza de Seguro, solo serán competentes los tribunales de Luxemburgo, Gran Ducado de Luxemburgo, sin perjuicio de la aplicación de la normativa europea pertinente o de los tratados o acuerdos internacionales.

Para cualquier reclamación por responsabilidad civil contra la Aseguradora, los tribunales de Luxemburgo, Gran Ducado de Luxemburgo, tendrán jurisdicción exclusiva.

5.8 Legislación local

El Tomador del seguro y/o la Persona asegurada pueden estar sujetos a la legislación y las obligaciones locales en materia de seguro de enfermedad obligatorio. La cobertura del seguro proporcionada en virtud de la Póliza de Seguro no pretende cumplir con dicha legislación y obligaciones locales en materia de seguro de enfermedad y no sustituye a ningún régimen de seguro de enfermedad obligatorio.

El Tomador del seguro y la Persona asegurada reconocen, aceptan y consienten expresamente que la Aseguradora no se hace responsable del incumplimiento de la legislación u obligaciones locales en materia de seguro de enfermedad a las que puedan estar sujetos el Tomador del seguro y/o la Persona asegurada, y además reconocen, aceptan y acuerdan

expresamente indemnizar y eximir de responsabilidad a la Aseguradora por cualquier pérdida, daño, coste, sanción, penalización, tasa u otra medida directa o indirecta en que se incurra en relación con dicha legislación u obligaciones locales obligatorias en materia de seguros de enfermedad.

El Tomador del seguro y la Persona asegurada se comprometen a verificar y garantizar que la celebración de la Póliza de Seguro cumple con los requisitos legales a los que están sujetos.

5.9 Idioma y comunicaciones

El Tomador del seguro y la Persona Asegurada exigen expresamente que las Condiciones Generales y, en general, la Póliza de Seguro y todos los documentos e información complementarios se hagan llegar al Tomador del seguro y a la Persona Asegurada en inglés, alemán, francés o español.

La correspondencia y, en general, cualquier otro tipo de comunicación entre la Aseguradora, el Tomador del seguro y la Persona asegurada se realizará en inglés, alemán, francés o español, salvo que se indique lo contrario en la Solicitud de Seguro de Salud.

El Tomador del seguro y la Persona asegurada reconocen expresamente que comprenden perfectamente el idioma o idiomas elegidos en la Solicitud de Seguro de Salud.

5.10 Informe de solvencia y situación financiera

El informe de solvencia y situación financiera publicado periódicamente por la Aseguradora está disponible en el sitio web de la Aseguradora en la siguiente dirección: <https://globalhealth.insurance>.

5.11 Fondo de garantía

De conformidad con la legislación luxemburguesa, las Prestaciones concedidas en virtud de la Póliza de Seguro no están sujetas a un fondo de garantía legal específico. No obstante, cualquier solicitud de pago de Prestaciones en virtud de la Póliza de Seguro está protegida por el triángulo de seguridad (triangle de sécurité) constituido por las disposiciones legales obligatorias de Luxemburgo que regulan el depósito de las provisiones técnicas subyacentes a la Póliza de Seguro, la supervisión correspondiente por parte del

Commissariat aux Assurances y los privilegios legales aplicables (privilèges).

5.12 Fuerza mayor

La Aseguradora no será responsable de ninguna acción emprendida, ni de la falta de emprender cualquier acción requerida, en cumplimiento de sus obligaciones o en ejercicio de sus derechos en virtud de la Póliza de Seguro en el caso y en la medida en que dicha acción o dicha falta se derive o sea causada por acontecimientos que escapen al control razonable de la Aseguradora (fuerza mayor), incluyendo, sin limitación, disturbios civiles o laborales, guerra, insurrección, revueltas, conflicto civil o militar, sabotaje, huelga, cierre patronal, incendio, inundación o daños por agua, casos fortuitos, actos de cualquier autoridad gubernamental o amenaza de cualquier autoridad (de jure o de facto), restricción legal, fraude o falsificación, Accidente, explosión, avería mecánica, fallo informático o de sistemas, fallo de equipos, fallo o mal funcionamiento de los medios de comunicación o interrupción del suministro eléctrico, legislación local o extranjera, proceso judicial, decreto, reglamento, orden u otra acción de cualquier gobierno, autoridad, tribunal, organismo autorregulador, agencia gubernamental o instrumento gubernamental local o extranjero.

5.13 Modificación de datos

Las declaraciones de intención, solicitudes de modificación de cobertura y notificaciones relativas a la Póliza de Seguro y cualquier cambio en los datos del Tomador del seguro o de la Persona asegurada deben comunicarse siempre por escrito y sin demora a la Aseguradora.

Cualquier información facilitada por la Aseguradora al Tomador del seguro en relación con la Póliza de Seguro se considerará válida a menos que se indique lo contrario.

La Aseguradora no se hace responsable de ninguna pérdida sufrida como consecuencia de ello.

6. Glosario

Accidente

Un Accidente es un suceso repentino e inesperado que afecta al cuerpo de forma externa y que daña la salud.

Año de seguro

Periodo de 12 meses que comienza en la Fecha de entrada en vigor o en la fecha de renovación de la Póliza de Seguro, según sea el caso.

Aseguradora

La Aseguradora que suscribe la Póliza de Seguro es Foyer Global Health S.A., una compañía de seguros médicos constituida en Luxemburgo como sociedad anónima (société anonyme) con domicilio social en 12, Rue Léon Laval L-3372 Leudelange, inscrita con el número B134.471 en el Registro Mercantil y de Sociedades de Luxemburgo, supervisada por la Commissariat aux Assurances (11, rue Robert Stumper, L-2557 Luxemburgo; +352226911-1; caa@caa.lu).

Autoridad médica

Persona autorizada para ejercer la medicina en el país donde se presta el Tratamiento, sobre la base de un título médico reconocido y oficial. Puede realizar un diagnóstico relacionado con una Enfermedad y/o una Lesión corporal.

Centro de servicio

El Centro de servicio in situ que ofrece acceso directo a especialistas locales, un servicio ágil y una asistencia de primera categoría. La Persona asegurada puede acceder a los servicios de asistencia acordes con el nivel de la Modalidad elegida siempre que se produzca un evento asegurado o una Emergencia. En el reverso de la Tarjeta de asegurado se indica el número para ponerse en contacto con el Centro de servicio, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El «número de seguro» que figura en el anverso de la Tarjeta de asegurado debe estar siempre a mano.

Los Centros de servicio están familiarizados con el sistema sanitario y las estructuras locales del País de residencia. Recomendarán Médicos y Hospitales, concertarán citas o procurarán Medicamentos.

El Centro de servicio puede emitir una garantía de pago o garantizar el reembolso rápido y sencillo de los gastos.

Certificado de Seguro

El Certificado de Seguro emitido a la atención del Tomador del seguro y de la Persona asegurada que confirma el alcance y la Fecha de entrada en vigor de la cobertura del seguro proporcionada en virtud de la Póliza de Seguro.

Códigos ICD

Los códigos de clasificación utilizados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, un sistema internacional para la codificación y clasificación de todos los diagnósticos conocidos.

Condiciones Especiales

El documento en el que se detalla el alcance exacto de la cobertura del seguro y las Prestaciones previstas en la Póliza de Seguro.

Condiciones Generales

Los términos y condiciones que rigen para los riesgos asegurados por la Aseguradora (este documento).

Condiciones Particulares

Los términos y condiciones específicos de cada Póliza de Seguro individual.

Contrato de seguro a distancia

Todo contrato de seguro celebrado entre una Aseguradora y un Tomador de seguro en el marco de un sistema organizado de venta o Prestación de servicios a distancia gestionado por la Aseguradora, que, a efectos del contrato, utiliza exclusivamente uno o varios medios de comunicación a distancia hasta e incluyendo el momento de la celebración del contrato de seguro.

Emergencia

Enfermedad repentina y aguda o deterioro agudo de algún aspecto de la salud que ponga en peligro directamente el estado general de salud de la Persona asegurada.

Enfermedad

El deterioro del estado de salud física o mental de la Persona asegurada no provocado por una Lesión corporal y cuyo origen y síntomas pueden ser determinados y comprobados objetivamente por un Médico con el fin de diagnosticar y prestar el Tratamiento necesario.

Fecha de entrada en vigor

Fecha en la que entran en vigor la Póliza de Seguro y la cobertura («garantie») prevista en la misma, es decir, la fecha y la hora indicadas en las Condiciones Particulares o la fecha del pago de la primera prima del seguro, si esta es posterior, sin perjuicio de los Períodos de carencia aplicables.

Glosario

El presente Glosario de términos definidos, que forma parte integrante de las Condiciones Generales.

Glosarios

El Glosario y el Glosario incluido al final de las Condiciones Especiales, que forman parte integrante de los Términos y Condiciones del Seguro.

Hospital

Institución para el Tratamiento de pacientes hospitalizados y, en ocasiones, ambulatorios, que está autorizada y homologada en el país en el que opera. La Aseguradora solo pagará las Prestaciones si el Hospital está bajo supervisión médica constante, cuenta con instalaciones diagnósticas y terapéuticas adecuadas y mantiene registros médicos.

La Aseguradora no considera Hospitales los centros de convalecencia y residencias de ancianos, los centros de salud, los balnearios y spas, los Hospicios ni los sanatorios.

Inicio del Tratamiento

Fecha en la que comienza un Tratamiento médico, prescrito y administrado por un Autoridad médica tras una Enfermedad o Lesión corporal.

Lesiones corporales

Un evento repentino que afecta a la Persona asegurada, que está fuera del control de la Persona asegurada y que resulta en daños corporales, cuya causa es externa al cuerpo de la Persona asegurada y cuyos síntomas pueden ser determinados y verificados objetivamente por un Médico con el fin de diagnosticar y administrar un Tratamiento.

Medicamento necesario

Son Medicamento necesarias todas las medidas médicas adecuadas, basadas en las normas médicas internacionalmente aprobadas en el momento y lugar respectivos, que se utilizan para diagnosticar, tratar,

curar o aliviar la Enfermedad, dolencia o lesión y que son reconocidas como adecuadas por la Aseguradora.

Estas medidas deben:

- a) Ser realizadas en un centro sanitario debidamente autorizado y licenciado por las autoridades del país en el que presta el Tratamiento.
- b) Ser las más adecuadas teniendo en cuenta tanto la seguridad del paciente como la rentabilidad, y que sean coherentes con las normas de práctica médica generalmente aceptadas.
- c) Ser coherentes con el diagnóstico, los síntomas o el Tratamiento de la afección subyacente.
- d) Ser clínicamente apropiadas, en términos de tipo, frecuencia, alcance, ubicación y duración, y consideradas eficaces para la Enfermedad, lesión o dolencia del paciente.
- e) No requerirse únicamente por comodidad del paciente, los profesionales médicos, los Terapeutas y otros profesionales sanitarios.
- f) No realizarse con fines de ensayo clínico, experimentales, de investigación o cosméticos.
- g) No utilizarse con fines de detección y atención preventiva.

Medicamentos

Sustancias activas que se utilizan, solas o mezcladas con otras sustancias, en el diagnóstico o Tratamiento de Enfermedades, dolencias, Lesiones corporales o afecciones patológicas. Los alimentos, los cosméticos y los artículos de tocador no se consideran Medicamentos. Los Medicamentos deben ser recetados por un Médico y deben ser dispensados por una farmacia. Los Medicamentos se denominan comúnmente «medicinas» o «Productos farmacéuticos».

Médico

Médico (generalista o especialista) poseedor de un título de medicina reconocido por la legislación del país en el que se presta el Tratamiento, autorizado para prestar asistencia médica.

A los efectos de la presente Póliza de Seguro, el término también incluirá a Dentistas, profesionales de medicina alternativa y Terapeutas con licencia y/o reconocidos como tales en el país del Tratamiento.

La Persona asegurada es libre de elegir un Médico que cumpla los criterios anteriores.

Modalidad

La Modalidad de producto elegida por el Tomador del seguro para la/s Persona/s asegurada/s, que define el alcance de la cobertura del seguro en el marco de la Póliza de Seguro.

País de residencia

El país en el que la Persona asegurada tiene su residencia habitual actual o su residencia temporal actual.

Período de carencia

Periodo posterior a la Fecha de entrada en vigor durante el cual no se asume ninguna cobertura derivada de la Póliza de Seguro para las Prestaciones sujetas al Periodo de carencia.

Persona asegurada

La persona designada en la Solicitud de Seguro de Salud como la persona cuya salud está asegurada en virtud de la Póliza de Seguro.

Al firmar la Solicitud de Seguro de Salud, se considera que las Personas aseguradas también aceptan quedar vinculadas por los términos de la Póliza de Seguro y cualquier derecho y obligación que se derive de la misma.

Cualquier Persona asegurada recibirá una Tarjeta de asegurado.

Póliza de Seguro

El marco contractual del seguro de salud constituido por las Condiciones Generales, junto con la Solicitud de Seguro de Salud, las Condiciones Especiales, las Condiciones Particulares, los Glosarios, el Certificado de Seguro y cualquier acuerdo posterior por escrito entre la Aseguradora, el Tomador del seguro y, en su caso, la Persona asegurada.

Prestación

El reembolso de los gastos sanitarios por parte de la Aseguradora a la Persona asegurada tras un Siniestro cubierto por la Póliza de Seguro.

Productos farmacéuticos

Cualquier sustancia o composición con propiedades curativas relacionadas con una Enfermedad.

Solicitud de Seguro de Salud

La Solicitud de Seguro de Salud que contiene la propuesta de seguro en el sentido de la legislación aplicable, firmada por el Tomador del seguro y, en su caso, por la Persona o Personas aseguradas.

Siniestro

Tratamiento de una Persona asegurada tras una Enfermedad o Lesión corporal prescrito y prestado por un Médico. El Siniestro comienza en la fecha de Inicio del Tratamiento y finaliza cuando un exámen médico realizado por un Médico confirma que el Tratamiento ya no es necesario.

Si el Tratamiento debe prolongarse por una Enfermedad o por las consecuencias de una Lesión corporal no relacionada directamente con dicho Tratamiento, se considerará que ha surgido un nuevo Siniestro.

Tarjeta de asegurado

El documento emitido por la Aseguradora a la Persona asegurada de conformidad con la Póliza de Seguro, que incluye los datos necesarios para ponerse en contacto con la Aseguradora y que debe utilizarse en todas las comunicaciones con la Aseguradora.

Términos y Condiciones del Seguro

Las Condiciones Generales, las Condiciones Especiales y, cuando proceda, las Condiciones Particulares, se denominan conjuntamente «Términos y Condiciones del Seguro».

Tomador del seguro

La persona física o jurídica que contrata la Póliza de Seguro con la Aseguradora.

Tratamiento

Las medidas diagnósticas y terapéuticas clasificadas como servicios médicos, incluyendo el asesoramiento médico, las ayudas y las intervenciones, así como los Medicamentos y los Vendajes, que sirven para identificar o aliviar y curar una Enfermedad o Lesión corporal y que se consideran Médicamente necesarios sobre la base de diagnósticos médicos objetivos y conocimientos científicos en el momento del Tratamiento.

Vendaje

Material o sustancia estéril que se aplica a una herida o lesión para protegerla, favorecer su curación y prevenir infecciones.

Foyer Global Health S.A.**Domicilio social**

L-3372 Leudelange
12, rue Léon Laval
Luxembourg

Teléfono: +352 270 444 3500

Correo electrónico: policy@globalhealth.insurance

Internet: <https://globalhealth.insurance>

Registro Mercantil (R.C.S. Luxembourg): B 134.471

VAT: LU22284578