

Solicitud de Seguro de Salud para el seguro médico individual Journey Modalidad Short

⚠ Aviso importante: No podremos procesar la solicitud si algún campo queda sin completar.
Para obtener más información, consulte los Términos y Condiciones del Seguro.

Lea cuidadosamente estas instrucciones antes de completar la Solicitud de Seguro:

1. Este documento se rige por los Términos y Condiciones del Seguro. Los términos en mayúsculas utilizados en este documento tendrán el mismo significado establecido en los Glosarios, salvo que se indique expresamente lo contrario.
2. La cobertura del seguro se aplica a los eventos asegurados ocurridos en las siguientes áreas, según la selección realizada por el solicitante en la Solicitud de Seguro:

Área Geográfica I: Mundial, incluidos los Estados Unidos de América

Área Geográfica II: Mundial, excluidos los Estados Unidos de América

El tratamiento médico en el extranjero queda excluido de las Prestaciones si dicho tratamiento fue la única o una de las razones del viaje al extranjero.

Si un solicitante se traslada a un Área Geográfica diferente a la acordada en la Póliza de Seguro, aunque sea por un período temporal, dicho traslado deberá comunicarse inmediatamente al Asegurador. Este cambio afectará a la prima y a las Prestaciones cubiertas por la Póliza de Seguro.

3. Este producto de seguro está diseñado para personas que residen fuera de su país de origen por un período temporal. En caso de estancia en los Estados Unidos de América, tenga en cuenta que este producto no está clasificado como un producto conforme a la Affordable Care Act (ACA). Este producto está destinado a servir como cobertura internacional complementaria para personas que ya cuentan con un seguro médico principal conforme a la ACA. Por favor, asegúrese de que esta cobertura sea adecuada para sus circunstancias antes de contratarla.

Solicito una Póliza de Seguro de Salud Global Health Journey para las personas que se indican a continuación como aseguradas.

A. Datos personales del solicitante principal (solicitante 1)	
<input type="checkbox"/> Actúo únicamente como Tomador del Seguro y no como Asegurado <input type="checkbox"/> Actúo como Tomador del Seguro y también como Asegurado	
Fecha de inicio del seguro (dd/mm/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Fecha de la firma <input type="checkbox"/> O indique una fecha de inicio futura:	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Título
Nombre	Apellido/s
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Profesión y sector
Dirección de correspondencia	
Nombre/número del edificio	Calle
Código postal / zona Y ciudad/población	País Y región
Datos de contacto: Número de teléfono móvil (+ código de país / área)	Datos de contacto: Dirección de correo electrónico
¿Cliente anterior o actual de Globality S.A. y/o de Foyer Global Health S.A.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, proporcione el (los) número(s) de seguro
Nacionalidad o nacionalidades	
País donde se firma la solicitud	País de futura residencia (donde residirá el solicitante 1)
Idioma contractual (Toda la correspondencia y documentación se proporcionará en este idioma) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Español	

B. Solicitantes	
Solicitante 2	
Fecha de inicio del seguro (dd/mm/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Fecha de la firma <input type="checkbox"/> O indique una fecha de inicio futura:	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Título
Nombre	Apellido/s
Relación con el solicitante principal <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo(a)	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Profesión y sector
Dirección de correspondencia <input type="checkbox"/> Misma dirección que el solicitante principal <input type="checkbox"/> Dirección diferente	
Nombre/número del edificio	Calle
Código postal / zona Y ciudad/población	País Y región
Datos de contacto: Número de teléfono móvil (+ código de país / área)	Datos de contacto: Dirección de correo electrónico
¿Cliente anterior o actual de Globality S.A. y/o de Foyer Global Health S.A.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, proporcione el (los) número(s) de seguro
Nacionalidad o nacionalidades	
País donde se firma la solicitud	País de futura residencia (donde residirá el solicitante 2)

Solicitante 3	
Fecha de inicio del seguro (dd/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> Fecha de la firma <input type="checkbox"/> O indique una fecha de inicio futura:	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Título
Nombre	Apellido/s
Relación con el solicitante principal <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo(a)	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Profesión y sector
Dirección de correspondencia <input type="checkbox"/> Misma dirección que el solicitante principal <input type="checkbox"/> Dirección diferente	
Nombre/número del edificio	Calle
Código postal / zona Y ciudad/población	País Y región
Datos de contacto: Número de teléfono móvil (+ código de país / área)	Datos de contacto: Dirección de correo electrónico
¿Cliente anterior o actual de Globality S.A. y/o de Foyer Global Health S.A.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, proporcione el (los) número(s) de seguro
Nacionalidad o nacionalidades	
País donde se firma la solicitud	País de futura residencia (donde residirá el solicitante 3)

Solicitante 4	
Fecha de inicio del seguro (dd/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> Fecha de la firma <input type="checkbox"/> O indique una fecha de inicio futura:	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Título
Nombre	Apellido/s
Relación con el solicitante principal <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo(a)	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Profesión y sector
Dirección de correspondencia <input type="checkbox"/> Misma dirección que el solicitante principal <input type="checkbox"/> Dirección diferente	
Nombre/número del edificio	Calle
Código postal / zona Y ciudad/población	País Y región
Datos de contacto: Número de teléfono móvil (+ código de país / área)	Datos de contacto: Dirección de correo electrónico
¿Cliente anterior o actual de Globality S.A. y/o de Foyer Global Health S.A.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, proporcione el (los) número(s) de seguro
Nacionalidad o nacionalidades	
País donde se firma la solicitud	País de futura residencia (donde residirá el solicitante 4)

C. Periodo de vigencia de la póliza, Modalidad de producto y Área Geográfica					
Moneda contractual:		<input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CHF	Periodo de vigencia de la póliza:		<input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 9 meses
Solicitante	Modalidad de producto			Área Geográfica	
1	Short	<input type="checkbox"/> sin Franquicia	Copago fijo del 20%	<input type="checkbox"/> Área Geográfica I: Cobertura mundial, incluidos los Estados Unidos de América <input type="checkbox"/> Área Geográfica II: Cobertura mundial, excluidos los Estados Unidos de América	
2	Short	<input type="checkbox"/> sin Franquicia	Copago fijo del 20%	<input type="checkbox"/> Área Geográfica I: Cobertura mundial, incluidos los Estados Unidos de América <input type="checkbox"/> Área Geográfica II: Cobertura mundial, excluidos los Estados Unidos de América	
3	Short	<input type="checkbox"/> sin Franquicia	Copago fijo del 20%	<input type="checkbox"/> Área Geográfica I: Cobertura mundial, incluidos los Estados Unidos de América <input type="checkbox"/> Área Geográfica II: Cobertura mundial, excluidos los Estados Unidos de América	
4	Short	<input type="checkbox"/> sin Franquicia	Copago fijo del 20%	<input type="checkbox"/> Área Geográfica I: Cobertura mundial, incluidos los Estados Unidos de América <input type="checkbox"/> Área Geográfica II: Cobertura mundial, excluidos los Estados Unidos de América	

⚠ Aviso importante:

- Los Copagos se aplican únicamente a los tratamientos ambulatorios.
- Este producto de seguro está diseñado para personas que residen fuera de su país de origen por un período temporal. En caso de estancia en los Estados Unidos de América, tenga en cuenta que este producto no está clasificado como un producto conforme a la Affordable Care Act (ACA). Este producto está destinado a servir como cobertura internacional complementaria para personas que ya cuentan con un seguro médico principal conforme a la ACA. Por favor, asegúrese de que esta cobertura sea adecuada para sus circunstancias antes de contratarla.

D. Cobertura previa y datos del Médico

⚠ Obligatorio: Se requiere cumplimentar el punto 1 O el punto 2.

1. ¿Los solicitantes, tienen o han tenido cobertura de seguro médico en los últimos 3 años (incluido el seguro médico obligatorio/público o privado)?

Solicitante	Respuesta	Asegurador anterior	Número de Seguro	Modalidad de cobertura	Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)	Fecha de fin (dd/mm/aaaa)
1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Dental		
2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Dental		
3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Dental		
4	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Dental		

2. Indique el nombre y la dirección del Médico que pueda proporcionar información adicional sobre la salud de los solicitantes (últimos 3 años). Si más de un médico/centro está relacionado con las personas de esta solicitud, facilite la información adicional en el cuadro al final del apartado E o adjunte una página adicional.

Solicitante	Nombre del Médico	Dirección del hospital/clínica/médico	Nº de teléfono y correo electrónico
1			
2			
3			
4			

E. Historial médico

⚠ Las Condiciones Preexistentes están excluidas de la Cobertura del Seguro.

Condiciones Preexistentes

Se considera Condición Preexistente toda Condición Médica, Enfermedad, Lesión Corporal o sus consecuencias de las que el solicitante tenía conocimiento, o para las cuales recibió asesoramiento médico, diagnóstico o Tratamiento antes de firmar la Solicitud de Seguro.

Esto incluye:

- Cualquier condición para la cual el solicitante se haya sometido a pruebas diagnósticas (incluidos exámenes preventivos o chequeos rutinarios) que hayan dado resultados anormales, independientemente de si se emitió o no un diagnóstico formal.
- Cualquier signo o síntoma, diagnosticado o no, así como anomalías físicas u orgánicas, afecciones congénitas, discapacidades o deformidades.
- La presencia de dispositivos médicos tales como implantes, stents, prótesis u otros dispositivos colocados permanente o temporalmente en el cuerpo.

Además, cualquier enfermedad, lesión o Condición Médica que surja entre la fecha de firma de la Solicitud de Seguro de Salud y la fecha de firma de las Condiciones Particulares también se considerará como una Condición Preexistente.

Información adicional y observaciones:

F. Pago de primas

Forma de pago

Domiciliación bancaria (disponible únicamente para primas en euros dentro de la zona euro*, Reino Unido y Dinamarca, o cuando sea expresamente aceptado por el banco del solicitante).

*La zona euro incluye: Austria, Bélgica, Bulgaria, Croacia, Chipre, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Portugal, República de Irlanda, Eslovaquia, Eslovenia, España.

Pago de la prima mediante transferencia bancaria

Tarjeta de crédito

Junto con el paquete de bienvenida, se proporcionará acceso a una página web segura donde deberán introducirse los datos de la tarjeta de crédito para activar la cobertura del seguro.

G. Declaraciones de todas las personas que serán aseguradas, incluido el solicitante principal

Conozco los siguientes puntos:

Responsabilidad respecto a la información facilitada en la Solicitud de Seguro de Salud

Antes de manifestar la intención de celebrar la Póliza de Seguro, los solicitantes deben informar al Asegurador sobre todas las circunstancias conocidas por ellos y solicitadas por el Asegurador que sean relevantes para la decisión de asumir la cobertura solicitada.

Las condiciones que surjan entre la firma de la Solicitud de Seguro de Salud y la fecha de firma de las Condiciones Particulares se considerarán Condiciones Preexistentes.

Secreto profesional, externalización y uso de proveedores de servicios en la nube

Foyer Global Health S.A. concede gran importancia al respeto del secreto profesional y a la confidencialidad de los datos de sus clientes, y se compromete a adoptar en todo momento todas las medidas necesarias 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 en los servicios y ofrecer tecnologías avanzadas a sus clientes, el Asegurador puede recurrir a proveedores de servicios, subcontratistas y tecnologías basadas en la computación en la nube.

En cualquier caso, la comunicación de los datos estará protegida conforme a estándares de alta calidad y en cumplimiento de las normativas aplicables, incluida la normativa prevista por el RGPD (Reglamento General de Protección de Datos).

En el marco de la ejecución de la Póliza de Seguro y con el fin de ofrecer los correspondientes servicios de acuerdo con altos estándares de calidad, el Asegurador recurre a proveedores de servicios externalizados y al uso de soluciones en la nube. En este contexto, la información y los datos correspondientes a todas las personas que serán aseguradas, incluido el solicitante principal – en particular datos de identificación personal (como género, título, apellido/s, nombre, domicilio y dirección, correo electrónico, número de teléfono y fecha de nacimiento) y datos de comunicación (como informes de llamadas, correos electrónicos, interacciones por redes sociales o portales) – podrán ser puestos a disposición y comunicados a los proveedores de servicios pertinentes.

Al firmar esta Solicitud de Seguro, todas las personas a asegurar, incluido el solicitante principal, reconocen, aceptan y consienten expresamente la citada externalización, el uso de servicios en la nube y la transferencia y divulgación de información y datos necesarios, tal como se detalla en la Póliza de Seguro y en el sitio web del Asegurador bajo el enlace: <https://www.foyer.lu/en/transparency>

Todas las personas a asegurar, incluido el solicitante principal, también reconocen, aceptan y consienten expresamente que la información publicada en el sitio web del Asegurador puede ser modificada y/o completada periódicamente, y se comprometen de manera expresa a consultar dicho sitio web de forma regular.

En la tabla de externalización publicada en el sitio web del Asegurador se detallan los contratos de externalización actualmente vigentes, la naturaleza exacta de los servicios externalizados, el tipo de información que se transmite y el país en el que se encuentran establecidos los proveedores de servicios. Si un proveedor de servicios no está sujeto a una obligación de secreto profesional equivalente a la del Asegurador, éste celebrará un acuerdo de confidencialidad con dicho proveedor para exigir el cumplimiento de esta obligación de confidencialidad como parte del proceso de externalización correspondiente.

En caso de una modificación de la tabla de externalización (por ejemplo: incorporación de un proveedor de servicios, uso de computación en la nube), el solicitante principal será informado del cambio por correo electrónico y/o por cualquier otro canal de comunicación pertinente previsto en la Póliza de Seguro o acordado con el solicitante principal. El solicitante principal se compromete a informar a todas las personas que serán aseguradas sobre dicho cambio.

Si, dentro de los 2 meses siguientes a una modificación de la tabla de externalización, el solicitante principal no se opone a dicha modificación por escrito, se entenderá que todas las personas a asegurar, incluido el solicitante principal, han aceptado de forma irrevocable el cambio correspondiente. En caso de oposición por parte del solicitante principal, dicha oposición deberá notificarse al Asegurador mediante carta certificada, constituyendo dicha notificación un motivo de rescisión al próximo vencimiento de la Póliza de Seguro.

Si el solicitante principal tiene varias Pólizas de Seguro contratadas con el Asegurador, deberá presentar una oposición por cada Póliza de Seguro.

Seguro previo

Para cada solicitante incluido en este documento, adjunte todos los datos relativos a seguros médicos previos o sistemas públicos de asistencia sanitaria de los últimos 3 años (incluidos los relacionados con seguros médicos obligatorios/públicos/privados) incluyendo cobertura hospitalaria, ambulatoria y dental.

Solicitud y aceptación de la Solicitud de Seguro de Salud

Esta Solicitud de Seguro no obliga ni al solicitante ni al Asegurador a formalizar la Póliza de Seguro. No obstante, el Asegurador hará llegar al solicitante, dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la Solicitud de Seguro de Salud, una oferta de seguro, un aviso en caso de que sea necesario realizar una consulta o evaluación, o la denegación de la solicitud de seguro. El Asegurador prestará la cobertura del seguro de buena fe, entendiéndose que el solicitante ha respondido correcta y completamente a todas las preguntas relevantes formuladas antes del inicio de la Póliza de Seguro (esto se conoce como la "obligación de declaración precontractual").

La celebración de la Póliza de Seguro está condicionada a la aceptación por escrito de la Solicitud de Seguro de Salud por parte del Asegurador. El pago de la primera prima al intermediario o al Asegurador no constituye una aceptación de la Solicitud de Seguro de Salud por parte del Asegurador.

Al firmar esta Solicitud de Seguro de Salud, los solicitantes confirman que han leído, comprendido y reconocen, aceptan y consienten expresamente los Términos y Condiciones establecidos en esta Solicitud, las Condiciones Generales y las Condiciones Especiales.

Asimismo, los solicitantes se comprometen a firmar las Condiciones Particulares en caso de que el Asegurador acepte la Solicitud de Seguro.

Los solicitantes aceptan y consienten que cualquier comunicación emitida por el Asegurador en relación con la Póliza de Seguro pueda dirigirse a los solicitantes. El solicitante principal se compromete a informar a todas las personas a incluir en la póliza sobre dichas comunicaciones, cuando corresponda, y el Asegurador no será responsable de cualquier incumplimiento de esta obligación por parte del solicitante principal.

Exención del secreto médico

Al firmar esta Solicitud de Seguro, los solicitantes autorizan a los profesionales sanitarios a proporcionar a Foyer Global Health S.A. información sobre su estado de salud y Tratamientos.

Si los solicitantes no otorgan este consentimiento, entienden lo siguiente:

1. Los solicitantes deberán decidir, en cada caso, si dan o no su consentimiento para que las personas o instituciones especificadas transmitan información a Foyer Global Health S.A..
2. Podría demorarse la evaluación de sus solicitudes de reembolso; las Prestaciones podrían reducirse, o el Asegurador podría quedar liberado de su obligación de pagar Prestaciones si la obligación de pago no puede ser plenamente establecida con la información disponible por otras fuentes.

Toda la información y documentación relativa a la póliza se enviará:

- A la dirección de correspondencia del solicitante principal
 Al siguiente mediador de seguros, a quien los solicitantes autorizan a recibir dicha información en su nombre:

A cumplimentar por el mediador de seguros:	
<p>El mediador está autorizado a actuar como representante de los solicitantes, con la autorización de recoger y recibir, en su nombre y representación, cualquier información y documentación relacionada con la Póliza de Seguro por parte del Asegurador.</p>	<p>Al responder a las preguntas de este formulario, ¿los solicitantes proporcionaron información que no hubiese sido consignada en esta Solicitud de Seguro de Salud?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Si la respuesta es sí, facilite los detalles a continuación:</p>

Marketing directo

- Al firmar este formulario, los solicitantes aceptan que se les envíe información sobre ofertas especiales de Foyer Global Health S.A., por escrito, electrónicamente o por teléfono. Este consentimiento puede revocarse en cualquier momento.

Todas las personas mayores de 18 años deben firmar. Para menores de edad o adultos incapaces, deberán firmar los representantes legales autorizados. En caso de que el solicitante principal y el solicitante 1 sean la misma persona, solo es necesaria una firma.

<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Lugar y fecha	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Firma del solicitante principal	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Solicitante 1 (si es diferente del solicitante principal)
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Solicitante 2	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Solicitante 3	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Solicitante 4

<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Nombre y número del mediador de seguros	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Nombre y número del submediador 1
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Firma del mediador de seguros	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> Nombre y número del submediador 2

Por favor, devuelva la Solicitud de Seguro de Salud completamente cumplimentada por correo electrónico a:
sales@globalhealth.insurance