

Solicitud de Seguro de Salud para el seguro médico individual Journey Modalidades Extensive, Advanced y Premium

 **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. Para expatriados que se desplazan o trasladan a Alemania se establece un período máximo de seguro de 5 años, incluyendo todas las prórrogas de la póliza y/o cualquier cobertura médica previa contratada con otras compañías aseguradoras. Por lo tanto, cualquier solicitante que haya residido en Alemania durante más de 5 años no podrá contratar este producto.
3. La cobertura del seguro 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.

4. 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. Modalidad de producto y Área Geográfica			
Moneda contractual: <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CHF			
Solicitante	Modalidad de producto		Área Geográfica
1	Extensive	Franquicia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF	<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
	Advanced	Franquicia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3000 EUR / 3900 USD / 2520 GBP / 2790 CHF <input type="checkbox"/> 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF <input type="checkbox"/> 7000 EUR / 9100 USD / 5880 GBP / 6510 CHF	
	Premium	Franquicia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3000 EUR / 3900 USD / 2520 GBP / 2790 CHF <input type="checkbox"/> 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF <input type="checkbox"/> 7000 EUR / 9100 USD / 5880 GBP / 6510 CHF	
2	Extensive	Franquicia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF	<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
	Advanced	Franquicia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3000 EUR / 3900 USD / 2520 GBP / 2790 CHF <input type="checkbox"/> 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF <input type="checkbox"/> 7000 EUR / 9100 USD / 5880 GBP / 6510 CHF	
	Premium	Franquicia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3000 EUR / 3900 USD / 2520 GBP / 2790 CHF <input type="checkbox"/> 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF <input type="checkbox"/> 7000 EUR / 9100 USD / 5880 GBP / 6510 CHF	
3	Extensive	Franquicia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF	<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
	Advanced	Franquicia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3000 EUR / 3900 USD / 2520 GBP / 2790 CHF <input type="checkbox"/> 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF <input type="checkbox"/> 7000 EUR / 9100 USD / 5880 GBP / 6510 CHF	
	Premium	Franquicia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3000 EUR / 3900 USD / 2520 GBP / 2790 CHF <input type="checkbox"/> 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF <input type="checkbox"/> 7000 EUR / 9100 USD / 5880 GBP / 6510 CHF	

⚠ Aviso importante:

- Las Franquicias y los Copagos se aplican únicamente a los tratamientos ambulatorios. Si se selecciona la opción de copago, el límite máximo de gastos de bolsillo se aplicará automáticamente.
- 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.

Solicitante	Modalidad de producto		Área Geográfica
4	Extensive	Franquicia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF	<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
	Advanced	Franquicia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3000 EUR / 3900 USD / 2520 GBP / 2790 CHF <input type="checkbox"/> 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF <input type="checkbox"/> 7000 EUR / 9100 USD / 5880 GBP / 6510 CHF	
	Premium	Franquicia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1000 EUR / 1300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3000 EUR / 3900 USD / 2520 GBP / 2790 CHF <input type="checkbox"/> 5000 EUR / 6500 USD / 4200 GBP / 4650 CHF <input type="checkbox"/> 7000 EUR / 9100 USD / 5880 GBP / 6510 CHF	

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"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Dental		
2	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Dental		
3	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Dental		
4	<input type="checkbox"/> Si <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

Importante: Todas las preguntas de salud que figuran a continuación deben responderse de forma detallada. Los síntomas, enfermedades y las consecuencias de un accidente deben mencionarse, incluso si el solicitante no los considera importantes. Los guiones no constituyen una respuesta válida. Si se necesita más espacio: Continúe en una hoja separada, indicando el número del solicitante al que corresponda, y haga referencia a esa hoja en la Solicitud de Seguro de Salud. Si el solicitante no desea hacer determinadas declaraciones frente al mediador de seguros, esta información debe enviarse directamente a Foyer Global Health S.A. por escrito, dentro de los tres días siguientes a la recepción de la Solicitud de Seguro de Salud por parte de Foyer Global Health S.A. En este caso, el solicitante debe indicar en la Solicitud de Seguro de Salud que dicha información se facilitará por separado.

El Asegurador llama la atención de los solicitantes sobre lo siguiente: Si las preguntas de salud incluidas en esta Solicitud de Seguro de Salud —cuando sean relevantes para la aceptación del riesgo— se responden incorrecta o incompletamente y si la obligación de declaración no fue incumplida de forma dolosa, el Asegurador podrá rescindir la Póliza de Seguro dentro del plazo de un mes a partir del momento en que se le informe del incumplimiento, siempre que el Asegurador demuestre que no habría asegurado el riesgo en ningún caso. Si hubo un incumplimiento doloso del deber de información la Póliza de Seguro será nula y sin efecto. En este supuesto, el solicitante estará obligado a reembolsar las Prestaciones ya pagadas, y el Asegurador no reintegrará las primas pagadas.

Condiciones surgidas entre la firma del Formulario de Solicitud y la firma de las Condiciones Particulares. Las condiciones que surjan en este periodo también se considerarán Pre-Existentes. Por lo tanto, es necesario que el solicitante informe inmediatamente al Asegurador sobre cualquier cambio en la información facilitada entre la presentación de la Solicitud de Seguro de Salud y su aceptación por parte del Asegurador. (Consulte "Responsabilidad respecto a la información facilitada en la Solicitud de Seguro de Salud", página 13).

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:

- i. 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.
- ii. Cualquier signo o síntoma, diagnosticado o no, así como anomalías físicas u orgánicas, afecciones congénitas, discapacidades o deformidades.
- iii. 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.

Las Condiciones Pre-Existentes pueden ser cubiertas en virtud de la Póliza de Seguro tras una evaluación médica completa.

Si ya se tiene o se tuvo contrada una cobertura de seguro con Globality S.A. o Foyer Global Health S.A., no es necesario detallar los trastornos o tratamientos de los últimos cinco años que ya sean plenamente conocidos por Globality S.A. o Foyer Global Health S.A. debido a las facturas o certificados médicos previamente presentados en el marco del contrato de seguro anterior.

Preguntas Generales (Nivel 1)					
No.	Pregunta	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
1	¿Cuál es su estatura en cm y peso en kg?	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
2a	¿Fuma usted más de 20 cigarrillos o utiliza más de 1 vape (10 mg/ml) por día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿cuántos? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿cuántos? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿cuántos? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿cuántos? <input type="text"/>
2b	¿Ha sido tratado, diagnosticado o padece actualmente adicción a drogas o sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, proporcione más detalles, como Tratamientos o fechas de rehabilitación, estado actual, etc. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, proporcione más detalles, como Tratamientos o fechas de rehabilitación, estado actual, etc. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, proporcione más detalles, como Tratamientos o fechas de rehabilitación, estado actual, etc. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, proporcione más detalles, como Tratamientos o fechas de rehabilitación, estado actual, etc. <input type="text"/>
3	¿Consumo usted más de 14 unidades de alcohol por semana? (Alcohol: unidades — 1 unidad = 250 ml cerveza / 100 ml vino / 25 ml licor)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿cuántos? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿cuántos? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿cuántos? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿cuántos? <input type="text"/>

Preguntas Generales de Salud (Nivel 1)					
No.	En los últimos 5 años ...	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
1	¿Ha recibido, está recibiendo o se le ha recomendado/ programado un Tratamiento hospitalario, de hospital de día o ambulatorio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	¿Ha tomado, está tomando o tiene previsto tomar algún medicamento con receta, medicamento sin receta (sin prescripción), o medicina alternativa/herbal/tradicional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	¿Se ha sometido o se le han recomendado pruebas diagnósticas, con o sin diagnóstico? ¿O ha recibido resultados anormales en pruebas preventivas o chequeos de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	¿Padece actualmente alguna enfermedad o lesión, signos o síntomas sin diagnóstico, defectos físicos/orgánicos, anomalías congénitas, discapacidad o deformidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	¿Tiene algún implante (excepto implantes dentales), stents, prótesis u otros dispositivos fijados internamente en su cuerpo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	Cuando corresponda: ¿Está usted embarazada? En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha estimada de parto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Detalles si respondió "Sí" <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Detalles si respondió "Sí" <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Detalles si respondió "Sí" <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Detalles si respondió "Sí" <input type="text"/>

7a	<p>¿Visita usted a su dentista por lo menos una vez al año para revisiones dentales rutinarias? Indique el/los motivo(s) y la fecha de la última visita, así como el nombre y la dirección del dentista.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Información adicional:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>En caso negativo, deberá presentar el formulario dental que le enviaremos según la edad del asegurado (formulario para adultos o para menores). Este formulario dental debe ser cumplimentado, firmado y sellado por un dentista.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Información adicional:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>En caso negativo, deberá presentar el formulario dental que le enviaremos según la edad del asegurado (formulario para adultos o para menores). Este formulario dental debe ser cumplimentado, firmado y sellado por un dentista.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Información adicional:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>En caso negativo, deberá presentar el formulario dental que le enviaremos según la edad del asegurado (formulario para adultos o para menores). Este formulario dental debe ser cumplimentado, firmado y sellado por un dentista.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Información adicional:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>En caso negativo, deberá presentar el formulario dental que le enviaremos según la edad del asegurado (formulario para adultos o para menores). Este formulario dental debe ser cumplimentado, firmado y sellado por un dentista.</p>
7b	<p>¿Presenta actualmente alguna enfermedad o condición dental, incluidos signos o síntomas, o está recibiendo, tiene programado o se le ha recomendado algún tratamiento dental u ortodóncico? (p. ej., diente(s) ausente(s), inexistente(s), no reemplazado(s) o agrietado(s)/fracturado(s); prótesis dentales existentes que requieran retirada, nueva fabricación o que tengan más de 10 años; dientes mal alineados; molestias o trastornos de la mandíbula; rechinar o apretar los dientes; enfermedad periodontal)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo: deberá presentar el formulario dental que le enviaremos según la edad del asegurado (formulario para adultos o para menores). Este formulario dental debe ser completado, firmado y sellado por un dentista.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo: deberá presentar el formulario dental que le enviaremos según la edad del asegurado (formulario para adultos o para menores). Este formulario dental debe ser completado, firmado y sellado por un dentista.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo: deberá presentar el formulario dental que le enviaremos según la edad del asegurado (formulario para adultos o para menores). Este formulario dental debe ser completado, firmado y sellado por un dentista.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo: deberá presentar el formulario dental que le enviaremos según la edad del asegurado (formulario para adultos o para menores). Este formulario dental debe ser completado, firmado y sellado por un dentista.</p>

Si todas las preguntas generales de salud 1–5 han sido respondidas con “No”, por favor continúe con el apartado F.

Preguntas Generales de Salud (Nivel 2)	
No.	¿Los solicitantes padecen alguno de los siguientes problemas de salud?
1	Problemas cardíacos o trastornos circulatorios (p. ej., presión arterial alta, angina de pecho, dolor torácico, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, arritmias, defectos cardíacos, aneurismas, varices, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
2	Trastornos respiratorios (p. ej., problemas respiratorios, asma, EPOC, neumonía, bronquitis, tuberculosis, alergias, desviación del tabique, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
3	Trastornos endocrinos (p. ej., trastornos glandulares, diabetes Tipo 1 o Tipo 2, problemas de tiroides, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison, enfermedad de Graves, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
4	Trastornos gastrointestinales (p. ej., problemas de estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar; inflamación/úlceras estomacales, síndrome del intestino irritable, enfermedad de Crohn, colitis, cambios en el hábito intestinal, hemorroides, pancreatitis, inflamación del hígado, cirrosis, cálculos biliares, hernias, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
5	Cáncer, tumores o crecimientos (p. ej., pólipos, tumores benignos, quistes, cualquier tipo de cáncer o condición precancerosa, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
6	Trastornos del cerebro y del sistema nervioso (p. ej., accidente cerebrovascular, demencia, migrañas, cefaleas crónicas, esclerosis múltiple, epilepsia/convulsiones, ciática, hipotonía, enfermedad de Parkinson, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
7	Problemas de piel, cabello o uñas (p. ej., eccema, dermatitis, erupciones, alopecia areata, psoriasis, acné, quistes, lunares que pican o sangran, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
8	Problemas de oído y/o problemas oculares. Trastornos del oído (tinnitus, vértigo, trastornos auditivos, sordera). Problemas oculares (p. ej., glaucoma, cataratas, problemas corneales, desprendimiento de retina, etc.). ¿Tiene visión reducida con 8 dioptrías o más? En caso afirmativo, indique las dioptrías: Ojo derecho (OD), Ojo izquierdo (OI). <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
9	Trastornos urinarios o reproductivos (p. ej., insuficiencia renal, infecciones urinarias, incontinencia; trastornos testiculares o de la próstata; infertilidad; problemas durante el embarazo/parto —incluidas cesáreas—; menstruaciones abundantes o irregulares; fibromas; endometriosis; citologías anormales; ovarios poliquísticos, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
10	Trastornos sanguíneos, infecciosos o inmunológicos (p. ej., análisis de sangre anormales, problemas de coagulación, colesterol alto, anemia, malaria, trastornos autoinmunes, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
11	Trastornos psiquiátricos o psicológicos (p. ej., depresión, estrés tratado médicamente, ansiedad, enfermedad mental, esquizofrenia, trastornos compulsivos o de la conducta alimentaria, dependencia de drogas/alcohol, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
12	Problemas musculares o del sistema esquelético (p. ej., reumatismo, gota, artritis, problemas de espalda, problemas de cuello/hombros, problemas de cartilago y ligamentos, prótesis articulares, fracturas, osteoporosis, afecciones inflamatorias, prolapso discal, etc.). Indique el lado afectado o el nivel de la columna, si corresponde. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
13	¿Ha dado positivo alguna vez o está en espera de tratamientos, investigaciones, controles o resultados relacionados con AIDS, VIH, Hepatitis B, C o D? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.
14	¿Existen otras condiciones médicas no mencionadas anteriormente por las que haya tenido signos o síntomas sin diagnóstico en los últimos 5 años, independientemente de si consultó o no a un profesional de la salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, facilite detalles en la página siguiente.

⚠ En caso de que cualquiera de las preguntas 1–14 del Nivel 2 en la página anterior haya sido respondida con “Sí”, por favor facilite información adicional.
Por favor, facilite toda la información disponible, incluidos fechas (inicio y fin, o indique si se trata de una condición continua), cantidades, frecuencias, diagnóstico, pruebas realizadas y resultados, exploraciones, Tratamientos recibidos o Tratamiento recomendado, así como los datos del médico tratante, cuando corresponda. Por favor, adjunte justificantes y comprobantes, tales como informes médicos o resultados de pruebas, si dispone de ellos.

Pregunta No. Solicitante No.

Diagnóstico	Antecedentes médicos (es decir, desde cuándo o período)	Tratamiento (realizado o recomendado)	Fecha de inicio y fin
Nombre del medicamento, período de uso del medicamento, dosis o cantidad, frecuencia	Detalles del hospital y del médico	Detalles adicionales, si los hubiera	Mencione los informes médicos adjuntos

Pregunta No. Solicitante No.

Diagnóstico	Antecedentes médicos (es decir, desde cuándo o período)	Tratamiento (realizado o recomendado)	Fecha de inicio y fin
Nombre del medicamento, período de uso del medicamento, dosis o cantidad, frecuencia	Detalles del hospital y del médico	Detalles adicionales, si los hubiera	Mencione los informes médicos adjuntos

Pregunta No. Solicitante No.

Diagnóstico	Antecedentes médicos (es decir, desde cuándo o período)	Tratamiento (realizado o recomendado)	Fecha de inicio y fin
Nombre del medicamento, período de uso del medicamento, dosis o cantidad, frecuencia	Detalles del hospital y del médico	Detalles adicionales, si los hubiera	Mencione los informes médicos adjuntos

En caso de que actualmente no recuerde su historial médico o no disponga de los documentos necesarios, puede ponerse en contacto con el médico tratante y solicitar lo siguiente:

Por favor, proporcione un informe médico que incluya el diagnóstico exacto, los hallazgos diagnósticos (incluidos los informes de las pruebas/investigaciones), el historial médico, el estado actual, los tratamientos o terapias actuales y pasadas, así como el tratamiento previsto. Asimismo, el solicitante puede descargar nuestro informe de examen médico y pedir al médico que lo cumplimente.

Pregunta No. <input type="text"/> Solicitante No. <input type="text"/>			
Diagnóstico	Antecedentes médicos (es decir, desde cuándo o período)	Tratamiento (realizado o recomendado)	Fecha de inicio y fin
Nombre del medicamento, período de uso del medicamento, dosis o cantidad, frecuencia	Detalles del hospital y del médico	Detalles adicionales, si los hubiera	Mencione los informes médicos adjuntos
Pregunta No. <input type="text"/> Solicitante No. <input type="text"/>			
Diagnóstico	Antecedentes médicos (es decir, desde cuándo o período)	Tratamiento (realizado o recomendado)	Fecha de inicio y fin
Nombre del medicamento, período de uso del medicamento, dosis o cantidad, frecuencia	Detalles del hospital y del médico	Detalles adicionales, si los hubiera	Mencione los informes médicos adjuntos
Pregunta No. <input type="text"/> Solicitante No. <input type="text"/>			
Diagnóstico	Antecedentes médicos (es decir, desde cuándo o período)	Tratamiento (realizado o recomendado)	Fecha de inicio y fin
Nombre del medicamento, período de uso del medicamento, dosis o cantidad, frecuencia	Detalles del hospital y del médico	Detalles adicionales, si los hubiera	Mencione los informes médicos adjuntos
Pregunta No. <input type="text"/> Solicitante No. <input type="text"/>			
Diagnóstico	Antecedentes médicos (es decir, desde cuándo o período)	Tratamiento (realizado o recomendado)	Fecha de inicio y fin
Nombre del medicamento, período de uso del medicamento, dosis o cantidad, frecuencia	Detalles del hospital y del médico	Detalles adicionales, si los hubiera	Mencione los informes médicos adjuntos

En caso de que actualmente no recuerde su historial médico o no disponga de los documentos necesarios, puede ponerse en contacto con el médico tratante y solicitar lo siguiente:

Por favor, proporcione un informe médico que incluya el diagnóstico exacto, los hallazgos diagnósticos (incluidos los informes de las pruebas/investigaciones), el historial médico, el estado actual, los tratamientos o terapias actuales y pasadas, así como el tratamiento previsto. Asimismo, el solicitante puede descargar nuestro informe de examen médico y pedir al médico que lo cumplimente.

Información adicional y observaciones:

F. Pago de primas

Periodicidad de pago

mensual trimestral semestral anual

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.

Se llama la atención sobre la información anterior relativa a las consecuencias jurídicas de responder incorrectamente a las preguntas relativas al estado de salud.

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, entendiendo 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:

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.

Al responder a las preguntas de este formulario, ¿los solicitantes proporcionaron información que no hubiese sido consignada en esta Solicitud de Seguro de Salud?

No Sí

Si la respuesta es sí, facilite los detalles a continuación:

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.

Lugar y fecha

Firma del solicitante principal

Solicitante 1 (si es diferente del solicitante principal)

Solicitante 2

Solicitante 3

Solicitante 4

Nombre y número del mediador de seguros

Nombre y número del submediador 1

Firma del mediador de seguros

Nombre y número del submediador 2

Por favor, devuelva la Solicitud de Seguro de Salud completamente cumplimentada por correo electrónico a:

sales@globalhealth.insurance