

Entrada en Globality S.A.:
Fecha/Responsable
Nombre del corredor/agente
Número del corredor/agente

# Globality YouGenio<sup>®</sup> World

## Solicitud de Seguro de Salud

### Globality S.A.

1A, rue Gabriel Lippmann · L-5365 Munsbach

Teléfono: +352 270 444 3604, Correo electrónico: [service-yougenio@globality-health.com](mailto:service-yougenio@globality-health.com)

**Globality S.A.**

Junta directiva: Christof Flosbach (Presidente), Anja Berner,  
Dr. Johann-Dietrich von Hülsen, Dr. Rasmus Schlömer  
Registro comercial (RCS Luxembourg): B 134.471

## Solicitud de seguro de salud (seguro individual)

**⚠ Tenga en cuenta que: No podremos procesar su solicitud si deja alguna columna en blanco.**  
 En caso de duda, por favor consulte las Condiciones Generales de Seguro.

Solicito un seguro de salud de Globality YouGenio® World para las personas indicadas a continuación.

### A. Datos del solicitante

- Actúo en calidad de tomador del seguro y no de asegurado  
 Actúo como tomador y asegurado

Fecha de inicio de la cobertura del seguro (dd/mm/aaaa)		
Título	Nombre	Apellidos
Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Profesión
Dirección postal	Número/nombre del edificio	Calle
	Código postal y población	País y provincia
Datos de contacto	Teléfono de contacto durante el día (+ prefijo nacional y local)	
	Teléfono móvil (+ prefijo nacional)	
	Dirección de correo electrónico	
<input type="checkbox"/> Nuevo (no ha suscrito ninguna póliza con Globality S.A. anteriormente)		<input type="checkbox"/> Cliente actual o anterior de Globality S.A. En caso afirmativo, facilítenos su/s número/s de póliza.
Nacionalidad/nacionalidades		País de origen
País de residencia actual (donde se firma la solicitud)		País de residencia futura (donde vivirá como expatriado)

**Idioma del contrato** (toda la correspondencia y los documentos se proporcionarán en ese idioma)

- Español     Inglés     Alemán     Francés     Neerlandés

### B. Datos de los asegurados

#### Persona 2

Fecha de inicio de la cobertura del seguro (dd/mm/aaaa)		
Título	Nombre	Apellidos
Parentesco con el tomador de la póliza <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> hijo/a		
Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Profesión
Dirección postal <input type="checkbox"/> La misma dirección que el tomador <input type="checkbox"/> Otra dirección (Indicar al lado)	Número/nombre del edificio	Calle
	Código postal y población	País y provincia
Datos de contacto	Teléfono de contacto durante el día (+ prefijo nacional y local)	
	Teléfono móvil (+ prefijo nacional)	
	Dirección de correo electrónico	
<input type="checkbox"/> Nuevo (no ha suscrito ninguna póliza con Globality S.A. anteriormente)		<input type="checkbox"/> Cliente actual o anterior de Globality S.A. En caso afirmativo, facilítenos su/s número/s de póliza.
Nacionalidad/nacionalidades		País de origen
País de residencia actual (donde se firma la solicitud)		País de residencia futura (donde vivirá como expatriado)

**Persona 3**

Fecha de inicio de la cobertura del seguro (dd/mm/aaaa)		
Título	Nombre	Apellidos
Parentesco con el tomador de la póliza <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> hijo/a		
Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Profesión
Dirección postal <input type="checkbox"/> La misma dirección que el tomador <input type="checkbox"/> Otra dirección (Indicar al lado)	Número/nombre del edificio	Calle
	Código postal y población	País y provincia
Datos de contacto	Teléfono de contacto durante el día (+ prefijo nacional y local)	
	Teléfono móvil (+ prefijo nacional)	
	Dirección de correo electrónico	
<input type="checkbox"/> Nuevo (no ha suscrito ninguna póliza con Globality S.A. anteriormente)		<input type="checkbox"/> Cliente actual o anterior de Globality S.A. En caso afirmativo, facilítenos su/s número/s de póliza.
Nacionalidad/nacionalidades		País de origen
País de residencia actual (donde se firma la solicitud)		País de residencia futura (donde vivirá como expatriado)

**Persona 4**

Fecha de inicio de la cobertura del seguro (dd/mm/aaaa)		
Título	Nombre	Apellidos
Parentesco con el tomador de la póliza <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> hijo/a		
Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Profesión
Dirección postal <input type="checkbox"/> La misma dirección que el tomador <input type="checkbox"/> Otra dirección (Indicar al lado)	Número/nombre del edificio	Calle
	Código postal y población	País y provincia
Datos de contacto	Teléfono de contacto durante el día (+ prefijo nacional y local)	
	Teléfono móvil (+ prefijo nacional)	
	Dirección de correo electrónico	
<input type="checkbox"/> Nuevo (no ha suscrito ninguna póliza con Globality S.A. anteriormente)		<input type="checkbox"/> Cliente actual o anterior de Globality S.A. En caso afirmativo, facilítenos su/s número/s de póliza.
Nacionalidad/nacionalidades		País de origen
País de residencia actual (donde se firma la solicitud)		País de residencia futura (donde vivirá como expatriado)

### C. Modalidad de seguro y zona geográfica

Persona	Modalidad de seguro				Zona geográfica	Prima (mensual) <input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> £
	Essential	Classic	Plus	Top		
1	<input type="checkbox"/> Sin franquicia	<b>Franquicia:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna	<b>Franquicia:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna	<b>Franquicia:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Todo el mundo excepto los EE.UU.  <input type="checkbox"/> Todo el mundo incluyendo los EE.UU.	
		<input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £	<input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £	<input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £		
		<input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £	<input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £	<input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £		
		<input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	<input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	<input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £		
2	<input type="checkbox"/> Sin franquicia	<b>Franquicia:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna	<b>Franquicia:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna	<b>Franquicia:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Todo el mundo excepto los EE.UU.  <input type="checkbox"/> Todo el mundo incluyendo los EE.UU.	
		<input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £	<input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £	<input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £		
		<input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £	<input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £	<input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £		
		<input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	<input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	<input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £		
3	<input type="checkbox"/> Sin franquicia	<b>Franquicia:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna	<b>Franquicia:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna	<b>Franquicia:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Todo el mundo excepto los EE.UU.  <input type="checkbox"/> Todo el mundo incluyendo los EE.UU.	
		<input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £	<input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £	<input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £		
		<input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £	<input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £	<input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £		
		<input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	<input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	<input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £		
4	<input type="checkbox"/> Sin franquicia	<b>Franquicia:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna	<b>Franquicia:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna	<b>Franquicia:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Todo el mundo excepto los EE.UU.  <input type="checkbox"/> Todo el mundo incluyendo los EE.UU.	
		<input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £	<input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £	<input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £		
		<input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £	<input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £	<input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £		
		<input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	<input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	<input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £		
<b>Total prima mensual para todos los asegurados:</b>						

### D. Seguro previo y datos del médico

 **Imprescindible: Se requieren los siguientes datos (punto 1. Y punto 2.).**


1. ¿Ha estado asegurado en los últimos 5 años con un seguro de salud (incluidos seguros privados/públicos/seguridad social)?

Persona	Entidad aseguradora	N.º de seguro	Cobertura	Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)	Fecha de terminación (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 de un médico que pueda proporcionarnos información sobre su salud. Si hay más de un médico/clínica para las personas que presentan la solicitud, incluya la información adicional en el cuadro que aparece al final de este del párrafo E documento o en una hoja aparte.

Persona	Nombre del médico	Dirección del hospital/clínica/médico	N.º de teléfono y dirección de correo electrónico
1			
2			
3			
4			

### E. Historial médico

 Marque una casilla (  ). En caso de no marcar ninguna casilla se entenderá que la solicitud es para cobertura médica total (CMT).

**Seguro con cláusula limitativa (moratoria)**

Únicamente si todas las personas a incluir en la póliza tienen 55 o menos años de edad cumplidos a la fecha de firma de esta solicitud (fecha de firma en el apartado H). No es preciso contestar a las siguientes preguntas relacionadas con el estado de salud ya que las enfermedades preexistentes quedan fuera de cobertura durante un periodo de carencia de al menos 24 meses. Para más información acerca de la opción de moratoria (cláusula limitativa) véase la página 12 de esta solicitud. En caso de elegir esta última opción pase a cumplimentar el apartado F.

**Evaluación médica completa**

Para valorar si las enfermedades preexistentes pueden quedar cubiertas desde la fecha de efecto de la póliza de seguro todas las preguntas relacionadas con el estado de salud deberán ser contestadas correctamente y a leal saber y entender del asegurado. Como consecuencia de la valoración médica Globality S.A. podrá aplicar condiciones gravosas, es decir una sobreprima, una exclusión o denegar la solicitud de un asegurado o por completo en concepto de "no asegurable".

**Importante:** Responda todas las preguntas detalladamente. Deben mencionarse los síntomas, enfermedades y las secuelas de accidentes aunque usted los considere poco importantes. Las rayas no se consideran respuestas. **Si el espacio es insuficiente:** responda en una hoja aparte, indicando el número de la persona que corresponda y haga mención a esta hoja en la solicitud. Si no desea hacer determinadas declaraciones frente al agente, debe proporcionar dicha información directamente a Globality S.A. **por escrito en un plazo de tres días.** En este caso debe indicar en la solicitud que la información se va a proporcionar por separado. Si se responden de forma no veraz o incompleta las preguntas formuladas en esta página, siempre y cuando sean relevantes para la asunción del riesgo, en caso de incumplimiento no doloso de la obligación de declaración, Globality S.A. podrá rescindir el contrato de seguro en el plazo de un mes después de tener conocimiento de dicho incumplimiento doloso de la obligación de declaración, siempre que Globality S.A. demuestre que en ningún caso habría asumido el riesgo. El contrato será nulo cuando la valoración del riesgo se vea afectada por el incumplimiento doloso de la obligación de declaración. En este caso estará obligado a reintegrar las prestaciones del seguro recibidas. No se devolverán las primas abonadas. **Para personas ya aseguradas con Globality S.A.,** no es necesario aportar información acerca de los tratamientos y trastornos de salud de los últimos cinco años de los cuales Globality S.A., mediante facturas o certificados médicos presentados con ocasión de un contrato de seguro existente, ya tuviera el completo conocimiento. Asimismo se consideran enfermedades preexistentes aquellas que se originen después de firmar la solicitud de seguro y antes de que Globality S.A. confirme la aceptación del contrato. **Por ello es imprescindible que informe a Globality S.A. de cualquier variación o modificación con respecto a la información aportada que se produzca durante el periodo de tiempo comprendido entre la entrega de la solicitud y su aceptación por parte del asegurador (Consulte "Responsabilidad por la información suministrada en la solicitud", página 10).**

**Enfermedades preexistentes:**

Se consideran enfermedades preexistentes aquellas condiciones para las que se ha tenido uno o más síntomas anteriores a la fecha de efecto del seguro de Globality S.A. incluidos el embarazo, parto, complicaciones posparto, y posibles secuelas, con independencia de que se requiriera tratamiento o consejo médico.

Cualquier afección médica, dental o afín para la que:

- Haya tenido síntomas o haya recibido tratamiento médico.
- Haya buscando consejo o consultado a un médico para solicitar tratamiento o consejo médico (incluyendo chequeos).
- Haya tomado medicación (incluidos los medicamentos que no requieren receta, medicación alternativa, dietas especiales, inyecciones o vitaminas) o
- A su leal saber y entender ya existían en el momento de la entrada en vigor del seguro.

Las enfermedades preexistentes pueden estar cubiertas por la póliza tras suscribir un seguro médico completo. Las enfermedades que surgen entre la firma de la solicitud y la aceptación de Globality S.A. se considerarán preexistentes. Por lo tanto, es necesario que nos comunique cualquier variación o modificación con respecto a la información aportada que se produzca durante el periodo de tiempo comprendido entre la entrega de la solicitud y su aceptación por parte Globality S.A. Por el presente queda obligado a proporcionar cualquier afirmación adicional que pudiéramos necesitar o solicitar.

Para personas que estén o hayan estado aseguradas con Globality S.A., no es necesario aportar información acerca de tratamientos y trastornos de salud de los últimos cinco años de los cuales Globality S.A. ya tuviera plena constancia a raíz de las facturas o certificados médicos presentados en relación a un contrato de seguro existente.

N.º	Preguntas	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
1	¿Cuánto mide/pesa? cm/kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
2	¿Ha consumido productos del tabaco como cigarrillos, puros, tabaco de mascar o cualquier otra forma de tabaco en los últimos 12 meses? En caso afirmativo, promedio de cigarrillos/cantidad diaria	<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

N.º	Preguntas	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
3	¿Cuántas unidades de alcohol consume por semana de promedio? Alcohol: unidades (1 unidad corresponde a: 250 ml de cerveza/100 ml de vino/25 ml de bebidas espirituosas).	_____	_____	_____	_____
<p><b>Tenga en cuenta que las enfermedades relacionadas en la parte de abajo sirven únicamente como ejemplos. Deberán declararse todas las enfermedades preexistentes incluso aquellas que no se encuentren en esta relación.</b></p> <p><b>En los últimos 5 años usted o alguna de las personas aseguradas con esta póliza:</b></p> <p><b>a) ¿Ha visitado a un médico u otro profesional sanitario?</b></p> <p><b>b) ¿Ha tenido un historial o ha sufrido de o ha estado hospitalizado por una de las siguientes razones?</b></p> <p><b>c) ¿Ha recibido tratamiento, realizado pruebas o estudios por lo siguiente?</b></p>					
4.1	Problemas de corazón o vasculares (p. ej., hipertensión, angina de pecho, dolor torácico, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, arritmias, defectos del corazón, aneurisma, varices, etc.)	<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
4.2	Afecciones respiratorias (p. ej., problemas respiratorios, asma, EPOC, pulmonía, bronquitis, tuberculosis, alergias, desviación del tabique nasal, etc.)	<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
4.3	Afecciones del sistema endocrino (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"/> 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
4.4	Afecciones gastrointestinales (p. ej., problemas de estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar, inflamación/úlceras de estómago, síndrome de colon irritable, enfermedad de Crohn, colitis, cambio en los hábitos intestinales, hemorroides, pancreatitis, hepatitis, cirrosis, piedras en la vesícula, hernias, etc.)	<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
4.5	Cáncer, tumores o neoplasias (p. ej., pólipos, tumores benignos, quistes, cualquier cáncer o condición precancerosa, etc.)	<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
4.6	Problemas cerebrales y del sistema nervioso (p. ej., ictus, demencia, migraña, jaquecas crónicas, esclerosis múltiple, epilepsia/ataques, ciática, bajo tono muscular, enfermedad de Parkinson, etc.)	<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
4.7	Problemas de la piel, cabello, uñas (p. ej., eccema, dermatitis, prurito, alopecia areata, psoriasis, acné, quistes, lunares que pican o sangran, etc.)	<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
4.8	Afecciones del oído (zumbidos, vértigo, problemas de audición, sordera)	<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
	Problemas con los ojos (p. ej., glaucoma, cataratas, problemas de la cornea, desprendimiento de retina, etc.)	<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
	¿Tiene defectos en la vista con 8 dioptrías o más? En caso afirmativo, indique las dioptrías: ojo derecho (OD); ojo izquierdo (OI)	<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
	OD _____ OI _____	OD _____ OI _____	OD _____ OI _____	OD _____ OI _____	
4.9	Afecciones urinarias y del sistema reproductivo (p. ej., insuficiencia renal, infecciones urinarias, incontinencia; problemas testiculares o de próstata, infertilidad, problemas en el embarazo/parto (incluida cesárea), periodos abundantes o irregulares, fibromas, endometriosis, secreciones anómalas, ovarios poliquísticos, etc.)	<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
4.10	Problemas de la sangre/infecciosos/inmunes (p. ej., anomalías en los análisis de sangre, problemas de coagulación, colesterol elevado, anemia, malaria, enfermedades autoinmunes, etc.)	<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
4.11	Trastornos psiquiátricos/psicológicos (p. ej., depresión, estrés con tratamiento médico, ansiedad, enfermedad mental, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo o de la alimentación, alcoholismo, drogodependencia, etc.)	<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
4.12	Problemas musculares o esqueléticos (p. ej., reumatismo, gota, artritis, problemas de espalda, problemas de cuello/hombros, prótesis de articulaciones, fracturas, osteoporosis, enfermedades inflamatorias, prolapso de disco, etc.) Por favor indique, en su caso, la vértebra afectada.	<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

N.º	Preguntas	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
5	¿Tiene algún defecto físico/orgánico, una enfermedad crónica, una enfermedad o lesión provocada en el servicio militar, o alguna disminución en su capacidad/condición congénita/grado de discapacidad para trabajar que pueda producir una discapacidad permanente? En caso afirmativo, adjunte una copia del certificado oficial de discapacidad.	<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	¿Ha dado alguna vez un resultado positivo, a la espera de tratamientos, pruebas o resultados de pruebas de SIDA, VIH, hepatitis B, C o D?	<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
7	Embarazo: ¿Está embarazada? En caso afirmativo, ¿de cuántas semanas?	<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
8	¿Se ha sometido a alguna cirugía ambulatoria o con hospitalización en los últimos cinco años?	<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
9	¿Le han aconsejado, está pensando en someterse o se está sometiendo actualmente a algún tratamiento o examen ambulatorio o con hospitalización?	<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
10	¿Necesita algún tipo de medicación (p. ej., comprimidos, pomadas, cápsulas, jarabes, inyecciones, cremas, supositorios, inhaladores, medicamentos de venta libre)? En caso afirmativo, especifique cuál e indique la medicación y los diagnósticos por los cuáles se toma.	<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
11	Dental a) ¿Ha ido al dentista en los últimos cinco años para recibir un tratamiento o chequeo? b) ¿Está sometido actualmente a tratamiento dental (indique los datos de su dentista en la casilla de abajo), se está haciendo o renovando la dentadura, está recibiendo tratamiento periodontal u ortodóncico, o le han recomendado o ha planificado alguno de esos tratamientos? (En caso afirmativo, incluya un plan actualizado del tratamiento y su coste.) c) ¿Le falta alguna pieza dental que no haya sido sustituida (sin contar los dientes de leche, muelas del juicio ni los dientes cuyos huecos los han ocupado dientes adyacentes)? d) ¿Se le ha diagnosticado alguna vez una periodontitis o enfermedad periodontal? En caso de respuesta afirmativa a las preguntas b, c o d, se le solicitará que envíe un formulario dental a Globality. Este formulario deberá ser cumplimentado, firmado y sellado por un dentista.	<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	<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	<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	<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
12a	¿Ha sufrido alguna enfermedad, trastorno, secuelas de un accidente u otros problemas de salud (incluyendo implantes, férulas o prótesis), ha estado hospitalizado o se ha sometido a algún examen o tratamiento en los últimos cinco años o actualmente?	<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
12b	¿Hay alguna otra afección que no figure en la lista anterior para la que haya presentado indicios o síntomas sin diagnóstico en algún momento durante los últimos cinco años, indistintamente si ha visitado o consultado un médico?	<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

**Información adicional:**

Si ha respondido "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, indique los detalles en la tabla siguiente.

**Incluya los informes médicos correspondientes si dispone de ellos.**

Persona N.º	Pregunta N.º	1. Tipo de enfermedad/diagnóstico, síntomas, zona del cuerpo afectada (derecha/izquierda), detalles del tratamiento, nombres de los medicamentos prescritos	2. Fecha de inicio del tratamiento/síntoma (dd/mm/aaaa)	3. Fecha de finalización/continuación del tratamiento/síntoma (dd/mm/aaaa)	4. Nombre del médico que le trata y dirección del hospital/clínica

Persona N.º	Pre-gunta N.º	1. Tipo de enfermedad/diagnóstico, síntomas, zona del cuerpo afectada (derecha/izquierda), detalles del tratamiento, nombres de los medicamentos prescritos	2. Fecha de inicio del tratamiento/síntoma (dd/mm/aaaa)	3. Fecha de finalización/continuación del tratamiento/síntoma (dd/mm/aaaa)	4. Nombre del médico que le trata y dirección del hospital/clínica

**Información adicional y observaciones:**



## F. Modalidades de pago

### a) Periodicidad de pago

- mensual
  trimestral
  semestral
  anual

### b) Forma de pago

#### Pago de la prima por transferencia bancaria

- Cuenta bancaria en EUROS – Transferencia de la prima en euros a Globality S.A.**  
 BGL BNP Paribas · IBAN: LU090030309301020000 · Código BIC: BGLLLLULL
- Cuenta bancaria en USD – Transferencia de la prima en dólares americanos a Globality S.A.**  
 BGL BNP Paribas · IBAN: LU450030309301173000 · Código BIC: BGLLLLULL
- Cuenta bancaria en GBP – Transferencia de la prima en libras esterlinas a Globality S.A.**  
 HSBC · IBAN: GB87MIDL40025081330713 · Código Swift: MIDLGB22 · Código Sort: 400250

**Tarjeta de crédito**

Junto con la documentación de su seguro recibirá un vínculo a una página web segura donde deberá introducir la información de su tarjeta de crédito para activar la cobertura del seguro.

Tenga en cuenta que el pago con tarjeta de crédito conlleva unos recargos que se añadirán a la prima dependiendo de la frecuencia de pago: 0% con pago anual, 2% con pago semestral, 3% con pago trimestral y 4% con pago mensual.

- Domiciliación de pagos** (aplica solo para el pago de primas en euros dentro de la zona euro\*, Reino Unido y Dinamarca). Por favor cumplimente el siguiente formulario de orden de domiciliación de adeudo directo SEPA y envíelo de vuelta junto con la solicitud de seguro.

\*La zona euro comprende los siguientes países: Alemania, Austria, Bélgica, Chipre, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Letonia, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Portugal, Republica de Irlanda.

## G. Reembolsos de prestaciones

En caso de disponer de una, el tomador del seguro debe especificar una cuenta para reembolsos.

Titular de la cuenta	Nombre del banco
N.º de cuenta	N.º de sucursal
Código postal/Población	País
Swift (BIC)	IBAN

## Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

**⚠** Tome nota que el adeudo domiciliado SEPA sólo se puede aplicar a pagos en euros dentro de la zona euro, Reino Unido y Dinamarca. Este servicio no puede ser aplicado a pagos en dólares americanos o libras esterlinas, así como para pagos realizados desde fuera de la zona euro.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Referencia de la orden de domiciliación – A completar por el acreedor.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a (A) Globality S.A. a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de Globality S.A.

Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta.

**Por favor rellene todos los campos marcados con \*.** **Las casillas marcadas con \*\* deben ser cumplimentadas por el acreedor antes de enviar el formulario al deudor.**

Nombre del deudor	*	<input type="text"/>	1
		Titular de la cuenta	
Dirección del deudor	*	<input type="text"/>	2
		Nombre de la calle y número	
	*	<input type="text"/>	3
		Código postal	Ciudad
	*	<input type="text"/>	4
		País	
IBAN del deudor	*	<input type="text"/>	5
		Número de cuenta – IBAN (International Bank Account Number)	
	*	<input type="text"/>	6
		BIC / SWIFT Code	
Nombre del acreedor	**	<input type="text" value="Globality S.A."/>	7
		Nombre del acreedor	
	**	<input type="text" value="LU53ZZZ000000000LU22284578"/>	8
		Identificador del acreedor	
	**	<input type="text" value="1A, rue Gabriel Lippmann"/>	9
		Nombre de la calle y número	
	**	<input type="text" value="L-5365"/> <input type="text" value="Munsbach"/>	10
		Código postal	Ciudad
	**	<input type="text" value="Luxembourg"/>	11
		País	
Tipo de pago	*	<input type="checkbox"/> Pago recurrente <input type="checkbox"/> O pago único	12

Información sobre la relación subyacente entre el acreedor y el deudor – a título meramente informativo.

Nombre del tomador de la póliza	<input type="text"/>	13		
	Nombre y apellidos			
Número de póliza / número de asegurado si disponible	<input type="text"/>	14		
Localidad donde firma*	<input type="text"/>	Fecha*	<input type="text"/>	15
	Localidad			
Por favor, firme aquí*	<input type="text" value="X"/>			
	Firma/s			

Nota: Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

Si es Vd. cliente individual, por favor envíe el formulario cumplimentado a: [service-yougenio@globality-health.com](mailto:service-yougenio@globality-health.com)

Si está asegurado a través de un contrato colectivo, por favor envíe el formulario a: [service-group@globality-health.com](mailto:service-group@globality-health.com)

Uso exclusivo del acreedor
----------------------------

## H. Declaraciones del solicitante y de la(s) persona(s) a asegurar

### Declaro conocer lo siguiente:

#### **Derecho de revocación**

Podrá revocar este contrato de seguro por escrito en el plazo de 14 días naturales sin alegar ninguna causa y sin ningún tipo de penalización. Dicho período de 14 días comenzará el día en el que reciba la póliza de seguro y las Condiciones Generales. Para que se pueda cumplir dicho plazo, puede enviarnos su notificación de revocación por correo postal, e-mail o fax antes de que finalice el período de 14 días.

Si revoca su póliza de seguro en dicho período de 14 días, le devolveremos cualquier prima que pueda ya habernos pagado. Si no revoca su póliza de seguro en el plazo de 14 días, ésta pasará a ser definitiva.

La revocación deberá dirigirse a  
Globality S.A.,  
1A, rue Gabriel Lippmann,  
L-5365 Munsbach.

En caso de que se comunique la revocación por e-mail o fax, éste deberá enviarse a [service-yougenio@globality-health.com](mailto:service-yougenio@globality-health.com), +352/270 444 3699, respectivamente.

#### **Consecuencias de la revocación**

En caso de que usted ejercite de forma efectiva el derecho de revocación, deberán devolverse las primas pagadas y las prestaciones recibidas por cada una de las partes.

#### **Responsabilidad por el contenido de la solicitud**

Antes de declarar mi intención de formalizar un contrato debo informar al asegurador de todas las circunstancias objeto de las preguntas que el asegurador me formule en relación con aquellas circunstancias de riesgo de las que tenga conocimiento y que sean decisivas para la conclusión del contrato por parte del asegurador en los términos pactados.

Asimismo se consideran enfermedades preexistentes aquellas que se originen después de firmar la solicitud de seguro y antes de que Globality S.A. confirme la aceptación del contrato.

Llamamos su atención con respecto a la información proporcionada en las páginas 4 a 7 en lo que respecta a las consecuencias jurídicas que se derivan de responder incorrectamente a las preguntas sobre el estado de salud.

#### **Legislación aplicable**

La póliza de seguro se regirá por la legislación del Gran Ducado de Luxemburgo siempre que cualquier otra ley aplicable en virtud de la normativa nacional no incluya disposiciones que sean incompatibles con la legislación del Gran Ducado de Luxemburgo.

#### **Organismo de supervisión**

Puede ponerse en contacto con la autoridad supervisora de Globality S.A. en la siguiente dirección:  
Commissariat aux Assurances,  
7, Boulevard Joseph II  
L-1840 Luxembourg

#### **Reclamaciones**

Las posibles reclamaciones pueden dirigirse a Globality S.A., al defensor del cliente de los seguros (A.C.A. – Association des Compagnies d'Assurance – en colaboración con la U.L.C. – Union Luxembourgeoise des Consommateurs) o a la autoridad de supervisión a la que están sometidas todas las compañías luxemburguesas de seguros de salud privados: Commissariat aux Assurances.

#### **Externalización y consentimiento para la transferencia de Datos Personales**

El tomador del seguro entiende que, a fin de prestar la cobertura de seguro y los servicios de asistencia correspondientes, Globality S.A. externalizará los cometidos, funciones o servicios relacionados con la ejecución del contrato, incluyendo la gestión de las quejas y reclamaciones, los pagos y la recogida de datos (los "Servicios Externalizados"). Esta externalización solo se efectuará a proveedores externos (los "Proveedores de Servi-

cios") establecidos en países en los que el GAFI\* no identifica riesgos específicos para la supervisión de la jurisdicción (los "Países de Externalización").

\*GAFI (Grupo de Acción Financiera Internacional) es un organismo intergubernamental cuyo objetivo es establecer un marco de normas para el sistema financiero internacional. Para los países excluidos, véase: <http://www.fatf-gafi.org/countries/#high-risk>

En este contexto, el tomador del seguro consiente en que Globality S.A. transfiera o ponga a disposición de los Proveedores de Servicios de los Países de Externalización, Datos Personales, entre otros, datos de identificación, datos de contacto, datos sanitarios y de seguro, datos bancarios, de crédito y de activos en propiedad del tomador del seguro, del asegurado o de los beneficiarios del contrato de seguro (los "Datos Personales"). Globality S.A. solo transferirá los datos sanitarios de conformidad con las disposiciones en materia de secreto médico y afines.

Información relativa a los Proveedores de Servicios está disponible en el sitio web de Globality S.A. y en la sede central de Globality S.A. El tomador del seguro acepta que los Datos Personales, los Países de Externalización, los Servicios Externalizados y los Proveedores de Servicios se puedan actualizar o modificar oportunamente. Se informará al tomador del seguro de dichas actualizaciones o modificaciones de acuerdo con los procedimientos de información establecidos en los términos y condiciones del seguro.

El tomador del seguro podrá anular el consentimiento anterior, enviando una carta al Responsable de Protección de Datos de Globality S.A. sita en 1 A, rue Gabriel Lippmann, L-5365 Munsbach (Gran Ducado de Luxemburgo) o por correo electrónico a la dirección [dataprotection@globality-health.com](mailto:dataprotection@globality-health.com). Dicha anulación equivaldrá a una rescisión con efectos inmediatos de la póliza de seguro a iniciativa del tomador del seguro.

#### **Protección de datos**

De acuerdo con la normativa en materia de protección de datos, se informa a los Interesados, incluyendo a la(s) persona(s) asegurada(s) y al tomador del seguro (los "Interesados"), que la compañía de seguros Globality S.A. trata sus Datos Personales. Dicho tratamiento se efectuará únicamente a fin de dar cobertura de seguro, la ejecución del contrato de seguro (incluyendo la prestación de cobertura de seguro o para pagar una reclamación, para gestionar el riesgo asociado a la cobertura de seguro a través del reaseguro, etc.), la prestación de servicios de asistencia, asesoramiento y soporte correspondientes (incluyendo la puesta en contacto con un proveedor de servicios de repatriación, asistencia para encontrar un proveedor de servicios médicos adecuado, etc.) y el cumplimiento de las obligaciones legales y normativas aplicables relacionadas con la detección del fraude, la normativa en materia de blanqueo de capitales y los requisitos regulatorios aplicables a la compañía de seguros, incluyendo los requisitos de la Ley de 7 de diciembre de 2015, relativa al sector de los seguros, modificada. Globality S.A. trata también Datos Personales cuando es necesario a efectos de los intereses legítimos por los que vela, como por ejemplo, para garantizar la seguridad y las operaciones informáticas, la realización de actividades de marketing, estudios de mercado y cuestionarios, así como para prevenir e investigar hechos punibles. Globality S.A. puede también utilizar datos suministrados para tomar decisiones automáticas, relacionadas en particular con la celebración o cancelación de un contrato, la eliminación de posibles riesgos o las obligaciones por prestaciones.

Los Datos Personales que se tratan incluyen datos de identificación y datos de contacto, datos sanitarios y de seguros, bancos bancarios y de crédito (los "Datos Personales"). Los Datos Personales se obtienen directamente de los Interesados o de los intermediarios de seguros de los Interesados. En determinados casos, los datos sanitarios se pueden obtener de los proveedores de servicios médicos y de su personal, y los datos de seguro se pueden obtener de otras compañías de seguros, así como de instituciones oficiales de seguros médicos cuando los Interesados hayan dado su consentimiento para que se revele la información. El tratamiento de datos sanitarios es necesario para la prestación de servicios de suscripción (es decir, la evaluación de los riesgos cubiertos, el ajuste de la póliza o prima adecuadas,

la evaluación para conocer si se debe prestar la cobertura de seguro solicitada, etc.) y para la gestión de las reclamaciones. Las agencias de calificación crediticia, que mantienen registros de insolvencia de particulares y de deudores, también pueden facilitar información relacionada con los Interesados a fin de evaluar su solvencia crediticia.

Globality S.A. puede compartir Datos Personales con Proveedores de Servicios, incluyendo a empresas del grupo, para la ejecución del contrato de seguro y la prestación de servicios de asistencia, asesoramiento y soporte en los países en los que la(s) persona(s) asegurada(s) precisan cobertura, soporte y asistencia de seguro médico. Los Proveedores de Servicios pueden estar situados en países que no ofrecen un nivel de protección equivalente al de la protección que ofrece la legislación luxemburguesa u otras normativas europeas en materia de protección de datos. Por este motivo, Globality S.A. ha suscrito acuerdos contractuales apropiados con los Proveedores de Servicios a fin de garantizar protecciones suficientes para el tratamiento y protección de los Datos Personales. Se puede consultar una copia de estos acuerdos en el domicilio social de Globality S.A. En todo momento y previa solicitud, Globality S.A. facilitará información sobre la identidad y el domicilio social de Proveedores de Servicios externos de tratamiento de datos. Globality S.A. puede también compartir Datos Personales con otros Proveedores de Servicios, como puede ser su compañía de reaseguros, las entidades bancarias, auditores y asesores jurídicos o con las autoridades reguladoras o judiciales.

Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso a sus Datos Personales. Pueden solicitar que sus Datos Personales se rectifiquen en caso de error. Los Interesados también pueden solicitar que sus Datos Personales se borren o que se limite el tratamiento de datos si los Datos Personales ya no se deben conservar ni tratar legítimamente.

Además, los interesados tienen derecho a oponerse al tratamiento de los Datos Personales para fines de marketing directo. Cuando sea Globality S.A. la que lleve a cabo el tratamiento de los Datos Personales por ser necesario a efectos de los intereses legítimos de Globality S.A., los Interesados tendrán también derecho a oponerse a dicho tratamiento, por motivos relacionados con su situación particular.

El derecho de portabilidad de datos se concede en las condiciones establecidas en la normativa relativa a la protección de datos de aplicación. Los Interesados pueden ejercer sus derechos dirigiéndose por escrito a Globality S.A. a la dirección [dataprotection@globality-health.com](mailto:dataprotection@globality-health.com).

Los Interesados tienen derecho a presentar una reclamación ante las autoridades de supervisión.

Los Datos Personales se almacenarán durante la vigencia de la relación contractual y, en lo sucesivo, hasta la expiración del plazo de prescripción de las reclamaciones legales.

El suministro de los Datos Personales, incluyendo los datos sanitarios, es necesario para la ejecución del contrato de seguro y para pagar una reclamación. De no suministrarse suficiente información actualizada y exacta, podría ser motivo suficiente para que Globality S.A. no pudiera suministrar cobertura.

Se puede contactar con Globality S.A. por correo en el domicilio social indicado en su membrete o por correo electrónico a la dirección [dataprotection@globality-health.com](mailto:dataprotection@globality-health.com).

#### **Tratamiento de datos sanitarios y consentimiento para proporcionar acceso a datos médicos**

Se informa a los Interesados que Globality S.A. y sus Proveedores de Servicios, incluidas las empresas del grupo, podrán tratar datos sanitarios, según se establece en la cláusula sobre protección de datos anterior, a fin de dar cobertura de seguro médico y para la prestación de servicios de asistencia y de soporte afines. Al firmar este formulario de solicitud, los Interesados consienten explícitamente en el tratamiento de sus datos sanitarios. La retirada del consentimiento no afectará al tratamiento de datos que se haya realizado antes de dicha retirada.

#### **Consentimiento para facilitar información sanitaria**

Al firmar esta solicitud de seguro médico, doy mi consentimiento para que los médicos, el personal de enfermería y otro personal sanitario, así como los empleados de centros hospitalarios, consultorios, clínicas, compañías de seguro privadas, instituciones oficiales de seguros médicos, mutuas de accionados de trabajo y autoridades públicas que se indican en los documentos presentados a Globality S.A. o que participan en el tratamiento médico, faciliten a Globality S.A. información sobre mi salud y el tratamiento (incluyendo la causa de fallecimiento) a fin de permitir la evaluación del riesgo médico al celebrar el contrato y la verificación de mis derechos en virtud del contrato de seguro.

Al firmar esta solicitud de seguro médico, doy mi consentimiento para que Globality S.A. pueda facilitar información sobre mi salud y tratamiento o sobre mi cobertura de seguro a otras empresas de Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG, el grupo de reaseguros, a proveedores médicos contratados y a socios que colaboran con Globality S.A.

Este consentimiento se podrá anular en cualquier momento, enviando una carta al Responsable de Protección de Datos de Globality S.A., en 1 A, rue Gabriel Lippmann, L-5365 Munsbach (Gran Ducado de Luxemburgo) o por correo electrónico a la dirección [dataprotection@globality-health.com](mailto:dataprotection@globality-health.com)

Globality S.A. se compromete a suministrar esta información a terceros exclusivamente para la ejecución del contrato de seguro, la concesión de cobertura de seguro y la prestación de servicios de asistencia, asesoramiento y soporte. El consentimiento, según se define antes, continuará siendo de aplicación después de mi fallecimiento, y será válido para que mis hijos estén asegurados y cualquier otra persona que deba asegurarse a la que represento de acuerdo con la ley.

También acepto, aceptación que podrá ser objeto de revocación en cualquier momento, que Globality S.A. podrá obtener información del Registro de Sociedades, del Registro de Morosos y del Registro de Insolvencias Privadas, tanto directamente como a través de agencias de informes crediticios, a fin de evaluar mi solvencia crediticia.

#### **Fecha de inicio de la cobertura del seguro**

La cobertura comenzará en el momento especificado en la póliza de seguro (fecha de efecto), pero nunca antes del pago de la primera prima ni del final de los períodos de carencia.

No cubriremos siniestros que se produzcan antes de la fecha de efecto del seguro. Si se modifica la póliza de seguro, esta condición será aplicable a la parte adicional de la cobertura del seguro tal como viene indicado seguidamente.

#### **Bases del contrato**

El contrato de seguro se regulará por la póliza de seguro, el formulario de solicitud de seguro, las Condiciones Generales de seguro de Globality YouGenio® World, las condiciones especiales y los suplementos a las mismas.

En el caso de litigio sobre el seguro, su cobertura y prestaciones, prevalecerá la versión inglesa de las condiciones generales de seguro y cualquier otra publicación y documentación.

En cuanto lo haya firmado se me entregará una copia del formulario de solicitud.

#### **Modificación del seguro**

Sólo se podrán realizar modificaciones en la cobertura al comienzo de la siguiente anualidad (moneda, franquicia, modalidad).

Dependiendo de la modalidad contratada, se aplicarán los correspondientes períodos de carencia para la cobertura adicional. Las enfermedades, incluyendo sus secuelas, y las consecuencias de accidentes que se hayan manifestado durante el período de vigencia del seguro anterior y que, de acuerdo con el criterio médico, representen un riesgo elevado, pueden ser excluidas de la ampliación de la cobertura del seguro. Esta misma disposición se aplicará para la asistencia y el parto como consecuencia de un embarazo ya existente.

En caso de que antes de una modificación de coberturas existiese una sobreprima por riesgo elevado, ésta se aplicará en el mismo porcentaje a la nueva prima, siempre y cuando no se adopte otro arreglo. La correspondiente sobreprima también se tomará en consideración en las modificaciones de las primas (por ejemplo, ajuste de la prima).

En caso de que la modificación de coberturas solicitada no llegue a ser efectiva al haberse ejercitado el derecho legal de revocación, la cobertura del seguro continuará siendo la misma que la vigente hasta ese momento.

El periodo de vigencia del seguro de procedencia transcurrido hasta la fecha de modificación se computará en la nueva póliza modificada.

La modificación del seguro no supondrá una modificación de la anualidad de seguro.

#### **Grupo de personas asegurables**

Pertenezco, desde la fecha de efecto del seguro, como persona que reside de forma temporal en el extranjero con una duración mínima de tres meses al grupo de personas asegurables o perteneceré a este grupo a partir de la fecha de efecto del seguro. He sido advertido de que la incorporación en la póliza de familiares/ parejas de hecho sólo es posible en la medida que éstos sean asegurables de acuerdo con las Condiciones Generales. No serán incluidos tácitamente en la póliza.

#### **Seguro previo**

Deberá aportar datos de los seguros de salud previos con los que haya estado asegurado durante los últimos cinco años (incluyendo la Seguridad Social, seguros de salud privados o asistencia sanitaria pública obligatoria) y que incluyan cobertura de asistencia médica hospitalaria, ambulatoria y odontológica.

#### **Solicitud y aceptación de su solicitud de seguro de salud**

La solicitud no vinculará ni a usted ni a nosotros con respecto a la formalización del contrato. Sin embargo, le informaremos, en el plazo de 30 días desde la recepción de la solicitud, de nuestra propuesta de seguro, de cualquier consulta que sea necesaria realizar en relación al seguro así como en caso de que el seguro sea denegado. Asumimos la cobertura del seguro confiando en que todas las preguntas formuladas hayan sido contestadas de forma veraz e íntegra antes del comienzo de la póliza de seguro (deber de declaración precontractual).

El contrato de seguro solo es válido una vez que el asegurador haya aceptado la solicitud por escrito y que se haya emitido a póliza de seguro. El pago de la primera prima al agente no constituye la aceptación de la solicitud.

#### **Vencimiento del pago de la primera prima**

Deberá pagar las primas indicadas en la póliza de seguro por adelantado. Por separado indicaremos también una sobreprima emitida por motivos médicos. La primera prima o cuota de la prima vencerá en cuanto hayamos aceptado su solicitud de seguro enviando la póliza de seguro. Si el seguro no comienza el primer día del mes natural o si no termina el último día del mes natural, sólo tendrá que pagar una prima mensual prorrateada por el primer o último mes de seguro.

#### **Duración del contrato**

El contrato de seguro se firma inicialmente para una duración de un año que se renueva automáticamente por periodos de 12 meses que vecen transcurrido el año, al menos que manifieste su deseo de no renovarlo como mínimo tres meses antes del vencimiento de la anualidad.

#### **Cláusula limitativa (Moratoria)**

En lugar de solicitar una valoración médica del riesgo, si el asegurado tiene 55 años o menos, puede optar por una 'moratoria'.

En ese caso, las enfermedades preexistentes de la persona a asegurar que haya sufrido durante los últimos cinco años quedarán cubiertas tras un período continuado de dos años sin recibir tratamiento, sufrir síntomas, realizar consultas o la toma de medicamentos en relación con dicha enfermedad preexistente. Si la persona a asegurar recibe tratamiento, realiza una consulta o toma medicamentos durante los dos primeros años de cobertura en relación con la enfermedad preexistente, el plazo de dos años (sin tratamiento, consultas o medicamentos) puede reiniciarse para dicha enfermedad preexistente. Ofreceremos cobertura de forma inmediata para cualquier otro estado patológico no relacionado con esa enfermedad.

#### **Enfermedades preexistentes**

Un estado patológico existente en los antes de la fecha de inicio de la cobertura del seguro suscrito con nosotros.

A efectos de esta definición, por estado patológico se entenderá:

- cualquier problema médico, dental o enfermedad relacionada para los cuales haya recibido tratamiento médico, que haya provocado síntomas, por el que haya consultado a un médico para recibir tratamiento (incluyendo los chequeos) o para el que haya tomado medicación (incluyendo medicamentos, medicinas, dietas especiales o inyecciones) o que, al leer saber y entender de la persona, existieran al inicio del seguro; o
- embarazo, parto, complicaciones postparto y consecuencias relacionadas.

Consideraremos los estados patológicos que hayan surgido entre la presentación de la solicitud y la confirmación por nuestra parte de la aceptación de la solicitud como posibles enfermedades preexistentes.

- He leído la declaración anterior y confirmo al firmar el presente formulario que la información proporcionada acerca de todas las personas a asegurar en esta solicitud es correcta y está completa.**

Al firmar el presente formulario,

- Doy mi consentimiento para la recepción, almacenamiento, procesado y transmisión de mis datos personales y autorizo a que se proporcione información médica (en algunas jurisdicciones expresado como "eximir de la obligación de secreto profesional") tal como se detalla en las páginas 10, 11 y 12. Doy este consentimiento en mi nombre, en el de mis hijos asegurados y el de las personas coaseguradas a las que represento legalmente.
- No autorizo a los profesionales a proporcionar a Globality S.A. información sobre mi salud y tratamiento tal como se indica en las páginas 10, 11 y 12. Deseo que el asegurador me informe sobre las personas e instituciones a las que se requiere la información. Entonces decidiré en cada caso si autorizaré o no a las personas o instituciones especificadas a que trasladen la información a Globality S.A..

Si elijo esta alternativa entiendo que:

1. La conclusión del contrato de seguro que he solicitado puede demorarse o denegarse, si las demás fuentes de información no permiten investigar y evaluar el riesgo.
2. Puede necesitarse más tiempo para investigar mis solicitudes de reembolsos, las prestaciones pueden reducirse o el asegurador puede verse libre de la obligación de abonar las prestaciones si no se puede demostrar totalmente la obligación de abonarlas a partir de las demás fuentes de información.

<p><b>A cumplimentar por el mediador de seguros:</b></p> <p>Al responder las preguntas del formulario, ¿proporcionó el solicitante información que no ha quedado registrada en este formulario de solicitud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>En caso afirmativo, explíquelo detalladamente:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
--	--

Toda la información y los documentos relativos a mi póliza se enviarán:

- a mi dirección postal  al siguiente mediador de seguros a quien autorizo a recibirla en mi nombre:

Al firmar esta formulario de solicitud, [marque las siguientes casillas correspondientes]

- Confirmando que he leído y entendido las Condiciones Generales de Seguro de Globality YouGenio® World y las declaraciones impresas en las páginas 10, 11 y 12 (incluyendo la declaración relativa a mi derecho de retirada y protección de datos)

**Protección de datos**

- Consiento explícitamente el tratamiento de mis datos sanitarios por parte de Globality S.A. y sus proveedores de servicios, incluyendo a las empresas del grupo, de acuerdo con lo establecido en la cláusula sobre protección de datos anterior, a fin de dar cobertura de seguro médico y para la prestación de servicios de asistencia y soporte afines. Este consentimiento podrá ser anulado en cualquier momento.

Si decido no marcar esta casilla y, por tanto, no doy mi consentimiento para el tratamiento de mis datos sanitarios por parte de Globality S.A. y sus proveedores de servicios, incluyendo a las empresas del grupo, según se establece en la cláusula sobre Protección de Datos anterior, a fin de ofrecer cobertura de seguro médico y para la prestación de servicios de asistencia y soporte afines, entiendo que:

1. La conclusión del contrato de seguro que he solicitado se puede demorar o denegar, si las restantes fuentes de información no permiten investigar y evaluar el riesgo relacionado con mi solicitud.
  2. Puede llevar más tiempo investigar mis reclamaciones, las prestaciones se pueden reducir o Globality S.A. puede quedar eximida de su obligación de pagar prestaciones si esta obligación no se puede establecer plenamente basándose en las restantes fuentes de información.
  3. Deberé decidir, en cada caso, si doy o no mi consentimiento a las personas o entidades especificadas para que envíen información a Globality S.A.
- Por el presente, acepto que se me informe por teléfono o mediante el envío por escrito o en forma electrónica de información sobre ofertas especiales de Globality S.A. Este consentimiento se podrá anular en cualquier momento.

Todas las personas mayores de 18 años deben firmar. Para los menores y los adultos incapaces, deberán firmar sus representantes legales autorizados. Cuando el tomador del seguro y la persona asegurada sea la misma persona, sírvase firmarla una sola vez.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar y fecha	Firma del tomador	Persona asegurada 1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Persona asegurada 2	Persona asegurada 3	Persona asegurada 4
Firma(s) de la(s) persona(s) coaseguradas o de su(s) representante(s) legal(es)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre y número del mediador de seguros	Nombre y número del subagente 1	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Firma del mediador de seguros	Nombre y número del subagente 2	

**No podremos procesar su solicitud si deja alguna columna en blanco.**

**Entregue su solicitud cumplimentada a:**

**Correo electrónico:** Escanee el formulario y envíelo a: [service-yougenio@globality-health.com](mailto:service-yougenio@globality-health.com)

**Fax:** Imprima el formulario y envíelo al: +352 270 444 3699

**También puede enviarlo por correo a:** Globality S.A., 1A, rue Gabriel Lippmann, L-5365 Munsbach, Luxemburgo