



Cigna Global Health Options

Cambiar desde otro formulario de solicitud de póliza

¡Hola! Nos alegramos de que haya decidido unirse a nosotros



Si tiene un plan de seguro médico internacional con otra aseguradora, es posible que pueda cambiar a Cigna Global Health Options sin modificaciones de la cobertura del seguro. Para ello debe responder el cuestionario de salud siguiente y cumplir los criterios mencionados a continuación:

- Actualmente debe tener un plan de seguro médico internacional individual y no formar parte de un plan colectivo.
- Debe tener una cobertura médica completa.
- Debe adjuntar una copia de su certificado de seguro vigente que detalle cualquier exclusión médica, recargo y/o endoso que pudiera tener.

Cumplimente este formulario de solicitud y envíenoslo por correo electrónico o postal. Nuestros datos de contacto se encuentran al final del formulario.

Cumplimente este formulario en LETRAS MAYÚSCULAS.

SECCIÓN A

DATOS DEL SOLICITANTE

Deben cumplimentar esta sección todas aquellas personas que vayan a estar cubiertas por la póliza, incluidos el tomador principal del seguro y cualquiera de sus dependientes.

TOMADOR DEL SEGURO

Deberá notificarnos cualquier cambio en sus datos de contacto para que pueda seguir recibiendo nuestra correspondencia.

Tratamiento	Nombre	Otros nombres	Apellidos
Sexo (marque una casilla)	Hombre	Mujer	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
Profesión			
Dirección de correspondencia (dirección donde desea que se entregue cualquier correspondencia postal)			
Número de teléfono durante el día (código de país y número)			
Número de teléfono móvil (código de país y número)			
Fax (código de país y número)			
Dirección de correo electrónico			
Nacionalidad (¿Cuál es la nacionalidad en su pasaporte que utilizará para registrar esta póliza?)			
Ubicación (el país donde reside o residirá durante la mayor parte del período de cobertura)			
Estatura:	Pies	Pulgadas	Centímetros
			Peso: Stones Libras Kilogramos
¿Ha fumado, vapeado, utilizado productos sustitutivos de nicotina o cualquier otro producto de tabaco en los últimos 12 meses?			Sí No
En caso afirmativo , ¿cuántos al día? (Si utiliza productos sustitutivos de nicotina o vapea, seleccione «Menos de 20 al día»)			Menos de 20 al día 20 o más al día

DEPENDIENTE 1

Nombre	Apellidos
Parentesco con el tomador del seguro	Sexo (marque una casilla) Hombre Mujer
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Profesión
Nacionalidad (¿Cuál es la nacionalidad en su pasaporte que utilizará para registrar esta póliza?)	
Ubicación (el país donde reside o residirá durante la mayor parte del período de cobertura)	
Estatura:	Pies Pulgadas Centímetros
	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿Ha fumado, vapeado, utilizado productos sustitutivos de nicotina o cualquier otro producto de tabaco en los últimos 12 meses?	
Sí No	
En caso afirmativo , ¿cuántos al día? (Si utiliza productos sustitutivos de nicotina o vapea, seleccione «Menos de 20 al día»)	
Menos de 20 al día 20 o más al día	

DEPENDIENTE 2

Nombre	Apellidos
Parentesco con el tomador del seguro	Sexo (marque una casilla) Hombre Mujer
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Profesión
Nacionalidad (¿Cuál es la nacionalidad en su pasaporte que utilizará para registrar esta póliza?)	
Ubicación (el país donde reside o residirá durante la mayor parte del período de cobertura)	
Estatura:	Pies Pulgadas Centímetros
	Peso: Stones Libras Kilogramos
¿Ha fumado, vapeado, utilizado productos sustitutivos de nicotina o cualquier otro producto de tabaco en los últimos 12 meses?	
Sí No	
En caso afirmativo , ¿cuántos al día? (Si utiliza productos sustitutivos de nicotina o vapea, seleccione «Menos de 20 al día»)	
Menos de 20 al día 20 o más al día	

DEPENDIENTE 3

Nombre				Apellidos				
Parentesco con el tomador del seguro				Sexo (marque una casilla)	Hombre	Mujer		
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)				Profesión				
Nacionalidad (¿Cuál es la nacionalidad en su pasaporte que utilizará para registrar esta póliza?)								
Ubicación (el país donde reside o residirá durante la mayor parte del período de cobertura)								
Estatura:	Pies	Pulgadas	Centímetros	Peso:	Stones	Libras	Kilogramos	
¿Ha fumado, vapeado, utilizado productos sustitutivos de nicotina o cualquier otro producto de tabaco en los últimos 12 meses?							Sí	No
En caso afirmativo , ¿cuántos al día? (Si utiliza productos sustitutivos de nicotina o vapea, seleccione «Menos de 20 al día»)				Menos de 20 al día		20 o más al día		

DEPENDIENTE 4

Nombre				Apellidos				
Parentesco con el tomador del seguro				Sexo (marque una casilla)	Hombre	Mujer		
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)				Profesión				
Nacionalidad (¿Cuál es la nacionalidad en su pasaporte que utilizará para registrar esta póliza?)								
Ubicación (el país donde reside o residirá durante la mayor parte del período de cobertura)								
Estatura:	Pies	Pulgadas	Centímetros	Peso:	Stones	Libras	Kilogramos	
¿Ha fumado, vapeado, utilizado productos sustitutivos de nicotina o cualquier otro producto de tabaco en los últimos 12 meses?							Sí	No
En caso afirmativo , ¿cuántos al día? (Si utiliza productos sustitutivos de nicotina o vapea, seleccione «Menos de 20 al día»)				Menos de 20 al día		20 o más al día		

SU PLAN ACTUAL

Nombre de su aseguradora actual							
Nombre de su plan de seguro							
¿Se aplica alguna exclusión o recargo personal a alguna persona cubierta por esta póliza?						Sí	No
¿En qué fecha empezó la cobertura? (DD/MM/AAAA)							
¿En qué fecha termina? (DD/MM/AAAA)							

SU PRÓXIMO PLAN

¿Qué plan está solicitando?	Silver		Gold		Platinum	
¿Dónde desea tener cobertura?	Todo el mundo		Todo el mundo excepto Estados Unidos			

FECHA DE COMIENZO

Solicito o solicitamos que la póliza comience a partir de				Día	Mes	Año
Nosotros le confirmaremos la fecha de comienzo de la póliza. Pueden existir períodos de carencia en virtud de lo que se establezca en las condiciones de la póliza. Esta póliza es un contrato anual renovable con un período de cobertura mínimo de tres (3) meses.						
Divisa de pago	Dólar EE.UU.		Euro		Libra esterlina	
Frecuencia de pago	Mensual		Trimestral		Anual	
Modo de pago	Tarjeta de crédito/débito		Transferencia bancaria (solamente para pagos anuales) (Le llamaremos para facilitarle los datos pertinentes cuando recibamos la solicitud)			

SECCIÓN B

DECLARACIÓN DE BUENA SALUD

Infórmenos sobre el historial médico pasado y presente de usted y de TODAS las demás personas que estarán cubiertas por la póliza. **Tenga en cuenta: necesitamos que declare toda la información del historial médico requerida de todos los solicitantes. Esto implica informarnos sobre cualquier cambio en cualquier trastorno médico, tratamiento o medicación, así como cualquier prueba médica pendiente, en curso o repetida que se haya sugerido.**

Una vez enviada su solicitud, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener más información antes de que podamos finalizar su cobertura. Si necesita ayuda para rellenar su solicitud, háganoslo saber. Si responde en nombre de otra persona, esperamos que pueda hacerlo con exactitud. Si no está seguro de la respuesta a alguna pregunta, debe realizar las consultas necesarias para poder brindar una respuesta precisa.

Podría dar lugar a una declaración falsa por descuido en Cigna:

- aplicar exclusiones, rechazar solicitudes de reembolso y/o cancelar la cobertura.

Una tergiversación deliberada podría llevar a Cigna a:

- cancelación de la cobertura, retención de las primas y recuperación de los costes de las solicitudes de reembolso pagadas.

Tenga en cuenta que, aunque haya facilitado información médica hasta este momento, incluida en cualquier llamada o correspondencia, deberá volver a facilitarla al responder al siguiente cuestionario médico.

INFORMACIÓN SOBRE SALUD

En los últimos 5 años, ¿ha sido usted o alguna de las personas que estarán cubiertas por esta póliza diagnosticada, ha recibido tratamiento o ha estado bajo revisión por:

- **Cáncer o tumor**
- **Enfermedad o trastorno cardíaco o circulatorio**
- **Accidente cerebrovascular o enfermedad o trastorno neurológico**
- **Cirugía de columna o reemplazo articular**
- **Trastornos de salud mental o del neurodesarrollo**

Sí

No

Tiene usted o alguna de las personas que estarán cubiertas por esta póliza:

- **¿Alguna afección crónica o recurrente por la que haya tenido síntomas o recibido tratamiento (incluida medicación prescrita) en los últimos 12 meses?**
- **¿Algún tratamiento, prueba o investigación planificada o pendiente?**

Sí

No

Para evitar dudas, una afección crónica es una enfermedad de larga duración o recurrente. O una enfermedad, lesión o afección que requiera seguimiento, tratamiento (incluida medicación) o rehabilitación continuos, y que dure más de 3 meses.

¿Usted u otra persona cubierta por esta póliza está actualmente embarazada?

Sí

No

Si no está seguro de la respuesta, haga las consultas que considere oportunas para proporcionar una respuesta precisa.

INFORMACIÓN DE SALUD ADICIONAL

Si ha respondido **Sí** a cualquiera de las preguntas anteriores, facilite todos los detalles:

	Trastorno/ Síntomas/ Diagnóstico	Fecha de inicio	Pruebas/ Investigaciones	Medicación/ Tratamiento	Fecha de los últimos síntomas/ tratamiento	Estado de salud actual
Tomador del seguro						
Dependiente 1						
Dependiente 2						
Dependiente 3						
Dependiente 4						

SECCIÓN C

DECLARACIÓN PARA TODOS LOS CLIENTES

Por la presente declaro que los datos que se consignan en este formulario son veraces y se corresponden con la realidad. Acepto que, si no respondo a todas las preguntas de manera precisa y completa debido a mi descuido o como resultado de una tergiversación deliberada o imprudente, Cigna Healthcare podrá rechazar solicitudes de reembolso y/o cancelar la cobertura según los términos y condiciones de esta póliza.

Todas las personas cubiertas por esta póliza están obligadas a responder a nuestras preguntas de una forma fiel, sincera y completa. Si determinamos, basándonos en motivos razonables, que usted o cualquier persona cubierta nos ha proporcionado información falsa o engañosa de forma deliberada o imprudente, esto podría afectar negativamente a esta póliza y podríamos considerarla como si nunca hubiera existido, modificar las condiciones de su seguro o rescindir su póliza. Manifiesto y garantizo que cuento con la autorización de todas las personas cubiertas para darles a conocer a ustedes su información personal, incluidos los datos personales de carácter confidencial (por ejemplo, información médica) contenidos en este formulario. Confirmando que todas las personas cubiertas por la póliza están informadas de su obligación a la hora de responder las preguntas de una forma fiel, sincera y completa y a su entender.

(Tenga en cuenta que, si declara lo anterior en representación de otra persona, está obligado a conservar las pruebas del consentimiento de las declaraciones y consentimientos de sus familiares cubiertos en el presente documento).

Por la presente autorizo a Cigna a que la cobertura dé comienzo en la fecha de cobertura o la fecha acordada. En el caso de que se descubra que yo, o cualquiera de las personas cubiertas por la póliza, hemos facilitado información falsa o inexacta de manera deliberada o imprudente, Cigna podría revocar el contrato de seguro en lo que respecta a la persona cubierta o a mí, así como rechazar todas las solicitudes de reembolso, sin devolver las primas pagadas, excepto donde no fuera necesario retener las primas. He leído detenidamente y he entendido las Normas de la póliza y la Guía del cliente y acepto respetarlas, ya que forman parte de mi contrato de seguro.

Firma									
Fecha (DD/MM/AAAA)									
Si usted firma en representación del tomador principal de la póliza, firme a continuación para indicar que garantiza y manifiesta que ha leído la declaración anterior y tiene la potestad para suscribir el presente contrato:									
Firma									
Fecha									
Seleccione su relación con el tomador principal del seguro	<table><tr><td>Corredor</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Agente</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Otra (especificar)</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr></table>	Corredor	<input type="checkbox"/>	Agente	<input type="checkbox"/>	Otra (especificar)	<input type="checkbox"/>		
Corredor	<input type="checkbox"/>	Agente	<input type="checkbox"/>						
Otra (especificar)	<input type="checkbox"/>								

AVISO DE FRAUDE

Cualquier persona que, de forma deshonesto y con la intención de obtener beneficios para ella misma o causar pérdidas a otra persona, o exponer a otra persona al riesgo de sufrir pérdidas: (1) solicite un seguro o presente una solicitud de reembolso de una póliza, que contenga información a sabiendas de que es falsa o engañosa; o que (2) al solicitar un seguro o presentar una solicitud de reembolso bajo una póliza con deshonestidad y con la intención de lograr un beneficio para ella misma o causar pérdidas a otra, o que expone a otra persona al riesgo de pérdidas por no revelar la información que se le ha solicitado, comete un fraude. Cualquier solicitud de reembolso o solicitud de seguro que sospechemos fraudulenta será investigada. Cometer fraude puede desembocar en la resolución de la póliza y el impago de cualquier solicitud de reembolso realizada conforme a ella. Además, a efectos de la detección y prevención del fraude, podemos compartir la información referente al presunto fraude con otras compañías de seguros y/o con las autoridades competentes.

CÓMO UTILIZAMOS SU INFORMACIÓN

Recopilaremos, utilizaremos, almacenaremos y revelaremos sus datos personales, incluida la información confidencial (en concreto, la información referente a su historia médica y cualquier tratamiento médico al que esté sometido actualmente o se le haya administrado), de conformidad con la legislación vigente de protección de datos personales. Recopilamos y utilizamos sus datos personales, incluida la información confidencial, a efectos de cumplir nuestras obligaciones en virtud de este seguro.

Es posible que compartamos su información (incluso su información confidencial) con otras sociedades de Cigna y profesionales sanitarios autorizados, si esto es necesario para cumplir con nuestras obligaciones en virtud de este plan. Esta declaración también se aplica a los datos personales de cualquier beneficiario mencionado en este formulario de solicitud.

Usted tiene derecho a solicitar una copia de sus datos personales que obran en nuestro poder, y los beneficiarios de la póliza tienen derecho a solicitar una copia de la información personal que tenemos sobre ellos. La provisión de esta información puede estar sujeta a un pago.

Acepto la recopilación, el uso y la divulgación de mis datos personales y de categoría especial por parte de Cigna para los fines recogidos en el contrato de seguro que he suscrito.

OFERTAS ESPECIALES, PROMOCIONES, PRODUCTOS Y SERVICIOS

Nos gustaría seguir en contacto con usted para mantenerle informado acerca de nuestras ofertas especiales, promociones, productos y servicios que consideramos de interés para usted.

Marque esta casilla si desea recibir esta información	<input type="checkbox"/>				
En caso afirmativo, ¿cómo desea que contactemos con usted?	<table><tr><td>Correo electrónico</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Teléfono</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	Teléfono	<input type="checkbox"/>
Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	Teléfono	<input type="checkbox"/>		

Envíe el formulario debidamente cumplimentado por correo electrónico o postal:

**Cigna Global Health Options
The Grosvenor Building
72 Gordon Street
Glasgow
G1 3RS
Reino Unido**

Correo electrónico: cgi.sales@cigna.com



El nombre, el logotipo de Cigna Healthcare y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc., con licencia de uso de The Cigna Group y sus filiales. Todos los productos y servicios son suministrados por las filiales mencionadas o a través de ellas y no por The Cigna Group. En dichas filiales se incluyen Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. y Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare. Todos los derechos reservados.

Para los seguros proporcionados por Cigna Global Insurance Company Limited, el agente autorizado para emitir pólizas es Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, una entidad regulada por la Dubai Financial Services Authority.