



SOLICITUD DE SEGURO

Nombre del producto a contratar:

A rellenar por Sanitas

Nº de póliza: _____ barra: _____ Fecha de efecto: _____

Departamento: _____ Código de Agente: _____ Código de 2º Mediador: _____

Oficina: _____ Código de Gestor: _____ Código de Empleado: _____

A rellenar por el mediador

Nombre: _____ Nº registro en la DGS: _____

IMPORTANTE: Es necesario entregar cumplimentada, además de esta solicitud, el cuestionario referente a la **INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL** para completar correctamente el proceso de alta de los asegurados.**DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO**

Apellidos: _____ Nombre: _____

Nº documento: _____ NIF/CIF Pasaporte Tarjeta de residencia **Sexo:** Hombre MujerFecha de nacimiento

día	mes	año

 Nacionalidad: _____

Empresa: _____

DOMICILIO Y DATOS BANCARIOS DEL TOMADOR

Calle: _____ Nº: _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____

Municipio: _____ C.P. _____ Provincia: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ E-mail: _____

DATOS BANCARIOS: IBAN: _____ CUENTA CORRIENTE: _____

BIC: _____ FRECUENCIA DE PAGO: Anual Semestral Trimestral Mensual**DOMICILIO DEL PRIMER ASEGURADO DE LA PÓLIZA SI ES DISTINTO DEL DOMICILIO DEL TOMADOR**

Calle: _____ Nº: _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____

Municipio: _____ C.P. _____ Provincia: _____

ENVIAR DOCUMENTACIÓN Y TARJETAS A:

Calle: _____ Nº: _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____

Municipio: _____ C.P. _____ Provincia: _____

DATOS SOBRE EL/LOS ASEGURADO/S**ASEGURADO 1**
SI EL TOMADOR DE LA PÓLIZA ES ADEMÁS ASEGURADO, DEBE FIGURAR COMO ASEGURADO 1

Apellidos y nombre: _____ Sexo H/M: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Profesión: _____

E-mail: _____ NIF CIF Pasaporte T.R.:

Nº de documento: _____

¿Es usted o ha sido socio de Sanitas o Bupa anteriormente? Sí No Nº de póliza anterior: _____¿Procede usted de otra compañía aseguradora? Sí No ¿Cuál?: _____**ASEGURADO 2**

Apellidos y nombre: _____ Sexo H/M: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco con Asegurado 1: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Profesión: _____

E-mail: _____ NIF CIF Pasaporte T.R.:

Nº de documento: _____

¿Es usted o ha sido socio de Sanitas o Bupa anteriormente? Sí No Nº de póliza anterior: _____¿Procede usted de otra compañía aseguradora? Sí No ¿Cuál?: _____**CONTRATACIÓN DE COMPLEMENTOS****¿Desea contratar alguno de los siguientes complementos? (sólo si el producto lo permite)****PARA TODOS LOS ASEGURADOS:**

- Dental
- Farmacia
- Cobertura en Estados Unidos
- Óptica (familiar)
- Garantía de Accidentes de tráfico/laborales
- Otros _____

PARA LOS ASEGURADOS SELECCIONADOS:

- | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------|---|
| | A1 A2 | | A1 A2 |
| Reembolso de gastos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Otros _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| indicar capital asegurado: _____ € | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Reembolso de Ginecología y Pediatría | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Óptica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Accidentes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Indicar capital asegurado: _____ € | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Renta (subsidio hospitalización) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Medicina Alternativa | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

PARA EL TOMADOR DEL SEGURO:

- Garantía de IT
- Otros _____

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en esta solicitud y reconozco haber recibido la información previa a la contratación del seguro que consta al dorso. Otorgo mi consentimiento al mandato de domiciliación bancaria de la prima de seguro y al tratamiento de datos personales establecido igualmente al dorso.

Si no desea recibir información comercial de SANITAS, marque en esta casilla .

Si no desea recibir información comercial de otras entidades relacionadas con SANITAS, marque esta casilla .

Si no desea que se cedan datos a otras compañías relacionadas con SANITAS para el envío por las mismas de información comercial, marque esta casilla .

Firma del Tomador/asegurado	Firma del Mediador
Fecha: _____	
_____ a _____ de _____	

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD, LEA ESTAS INDICACIONES CON DETENIMIENTO.

- 1) Rellene todas y cada una de las casillas con la respuesta que corresponda. No deje casillas en blanco. No se aceptan rayas a modo de respuesta.
2) En órganos o miembros pares, indique lado.

- 3) **Las patologías, intervenciones o tratamientos mencionados a continuación, no tienen por qué ser declarados al cumplimentar este cuestionario de salud:** apendicitis, anginas, parto o cesárea, ligadura de trompas, vasectomía, fimosis, tratamiento de anticonceptivos y tratamientos relacionados con alergias.

RESPONDER POR ASEGURADO 1

Apellidos y nombre: _____

¿ESTÁ O HA ESTADO INGRESADO EN ALGÚN HOSPITAL O CLÍNICA Y/O HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

SÍ NO **Detallar en caso afirmativo, indicando fechas:** _____

¿TIENE PREVISTA ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

SÍ NO **Detallar en caso afirmativo:** _____

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO?

SÍ NO **Detallar en caso afirmativo:** _____

DECLARACIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES: ¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades? (Conteste si/no en cada casilla).

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"/>
<input type="checkbox"/>	Procesos oncológicos	<input type="checkbox"/>	Obesidad mórbida	<input type="checkbox"/>	Hepatopatía o pancreatitis crónica	<input type="checkbox"/>	Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados
<input type="checkbox"/>	Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/>	Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/>	Patología endocrino-metabólica	<input type="checkbox"/>	Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie
<input type="checkbox"/>	Enfermedades desmielinizantes	<input type="checkbox"/>	Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia
<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía isquémica, del ritmo cardiaco, valvular o miocardiopatías	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	Trastornos bipolares
<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hipertensiva maligna	<input type="checkbox"/>	Endometriosis	<input type="checkbox"/>	Trastornos alimenticios: anorexia o bulimia
<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Fibrosis pulmonar	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide o psoriásica	<input type="checkbox"/>	Trasplantes
<input type="checkbox"/>	Patología intramedular o intracraneal	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia respiratoria crónica	<input type="checkbox"/>	Distrofias musculares	<input type="checkbox"/>	SIDA
<input type="checkbox"/>	Paraplejias, hemiplejias o tetraplejias	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	Lupus sistémico	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>	Dermatomiositis	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Espondilitis anquilopoyética	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Trastornos hematológicos severos	<input type="checkbox"/>	

Si ha contratado UNA PÓLIZA O COMPLEMENTO DE RENTA O ACCIDENTES, por favor conteste a las siguientes preguntas:

SÍ NO ¿Ha sufrido algún accidente, padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, congénita, sistémica o limitación física? SÍ NO ¿Es zurdo?

SÍ NO ¿Tiene contratado o está en trámite de contratación de algún otro seguro de accidentes, vida, enfermedad y/u hospitalización?

Indicar capital asegurado: € _____ **Nombre del beneficiario en caso de indemnización por fallecimiento:** _____ **NIF del beneficiario:** _____

RESPONDER POR ASEGURADO 2

Apellidos y nombre: _____

¿ESTÁ O HA ESTADO INGRESADO EN ALGÚN HOSPITAL O CLÍNICA Y/O HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

SÍ NO **Detallar en caso afirmativo, indicando fechas:** _____

¿TIENE PREVISTA ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

SÍ NO **Detallar en caso afirmativo:** _____

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO?

SÍ NO **Detallar en caso afirmativo:** _____

DECLARACIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES: ¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades? (Conteste si/no en cada casilla).

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"/>
<input type="checkbox"/>	Procesos oncológicos	<input type="checkbox"/>	Obesidad mórbida	<input type="checkbox"/>	Hepatopatía o pancreatitis crónica	<input type="checkbox"/>	Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados
<input type="checkbox"/>	Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/>	Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/>	Patología endocrino-metabólica	<input type="checkbox"/>	Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie
<input type="checkbox"/>	Enfermedades desmielinizantes	<input type="checkbox"/>	Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia
<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía isquémica, del ritmo cardiaco, valvular o miocardiopatías	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	Trastornos bipolares
<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hipertensiva maligna	<input type="checkbox"/>	Endometriosis	<input type="checkbox"/>	Trastornos alimenticios: anorexia o bulimia
<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Fibrosis pulmonar	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide o psoriásica	<input type="checkbox"/>	Trasplantes
<input type="checkbox"/>	Patología intramedular o intracraneal	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia respiratoria crónica	<input type="checkbox"/>	Distrofias musculares	<input type="checkbox"/>	SIDA
<input type="checkbox"/>	Paraplejias, hemiplejias o tetraplejias	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	Lupus sistémico	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>	Dermatomiositis	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Espondilitis anquilopoyética	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Trastornos hematológicos severos	<input type="checkbox"/>	

Si ha contratado UNA PÓLIZA O COMPLEMENTO DE RENTA O ACCIDENTES, por favor conteste a las siguientes preguntas:

SÍ NO ¿Ha sufrido algún accidente, padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, congénita, sistémica o limitación física? SÍ NO ¿Es zurdo?

SÍ NO ¿Tiene contratado o está en trámite de contratación de algún otro seguro de accidentes, vida, enfermedad y/u hospitalización?

Indicar capital asegurado: € _____ **Nombre del beneficiario en caso de indemnización por fallecimiento:** _____ **NIF del beneficiario:** _____

INCLUSIÓN DE RECIÉN NACIDOS

Aportar informe de alta en caso de nacimiento en un centro ajeno al cuadro médico de Sanitas

Nombre y apellidos del padre: _____ Nº de tarjeta del padre: _____

Nombre y apellidos de la madre: _____ Nº de tarjeta de la madre: _____

Recién nacido asegurado Nº 1 SÍ NO ¿Ha requerido o requiere asistencia sanitaria especial?

SÍ NO ¿Es prematuro? SÍ NO ¿Presenta alguna enfermedad congénita?

Recién nacido asegurado Nº 2 SÍ NO ¿Ha requerido o requiere asistencia sanitaria especial?

SÍ NO ¿Es prematuro? SÍ NO ¿Presenta alguna enfermedad congénita?

Firma del Tomador/asegurado _____ Firma del Mediador _____

Fecha:

..... a de de