

A rellenar por Sanitas N° 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: _____ N° 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: _____

N° documento: _____ NIF/CIF Pasaporte Tarjeta de residencia Sexo: Hombre Mujer

Fecha 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.:

N° de documento: _____

¿Es usted o ha sido socio de Sanitas o Bupa anteriormente? Sí No N° de póliza anterior: _____

¿Procede usted de otra compañía aseguradora? Sí No ¿Cuál?: _____

ASEGURADO 2

Parentesco con Asegurado 1: _____ Apellidos y nombre: _____ Sexo H/M: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Profesión: _____

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

N° de documento: _____

¿Es usted o ha sido socio de Sanitas o Bupa anteriormente? Sí No N° 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 EL TOMADOR DEL SEGURO:

- Garantía de IT
- Otros _____

PARA LOS ASEGURADOS SELECCIONADOS:

- Reembolso de gastos A1 A2
- indicar capital asegurado: _____ €
- Reembolso de Ginecología y Pediatría
- Óptica
- Accidentes
- Indicar capital asegurado: _____ €
- Renta (subsido hospitalización)
- Medicina Alternativa
- Otros _____ A1 A2

Firma del Tomador/asegurado _____

Firma del mediador _____

Fecha: _____ de _____ de _____

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

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 sí/no en cada casilla).

- | | | | |
|---|---|--|---|
| SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Procesos oncológicos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatopatía o pancreatitis crónica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arterioesclerosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patología endocrino-metabólica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades desmielinizantes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica, del ritmo cardiaco, valvular o miocardiopatías | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos bipolares |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad hipertensiva maligna | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios: anorexia o bulimia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide o psoriásica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trasplantes |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patología intramedular o intracraneal | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria crónica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Distrofias musculares | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paraplejas, hemiplejas o tetraplejas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus sistémico | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dermatomiositis | |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Espondilitis anquilopoyética | |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos hematológicos severos | |

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 sí/no en cada casilla).

- | | | | |
|---|---|--|---|
| SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Procesos oncológicos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatopatía o pancreatitis crónica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arterioesclerosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patología endocrino-metabólica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades desmielinizantes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica, del ritmo cardiaco, valvular o miocardiopatías | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos bipolares |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad hipertensiva maligna | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios: anorexia o bulimia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide o psoriásica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trasplantes |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patología intramedular o intracraneal | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria crónica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Distrofias musculares | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paraplejas, hemiplejas o tetraplejas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus sistémico | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dermatomiositis | |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Espondilitis anquilopoyética | |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos hematológicos severos | |

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: _____ N° de tarjeta del padre: _____

Nombre y apellidos de la madre: _____ N° de tarjeta de la madre: _____

Recién nacido asegurado N° 1 Sí NO ¿Ha requerido o requiere asistencia sanitaria especial? Sí NO ¿Presenta alguna enfermedad congénita?

Recién nacido asegurado N° 2 Sí NO ¿Ha requerido o requiere asistencia sanitaria especial? Sí NO ¿Presenta alguna enfermedad congénita?

Firma del Tomador/asegurado _____ Firma del Mediador _____

Fecha: _____

o de de