



SOLICITUD DE SEGURO

Plan:

Póliza:

Agente:

DATOS PERSONALES DEL TOMADOR DEL SEGURO

Nombre: Primer apellido: Segundo apellido: F.Nacimiento
 Id. Fiscal : N°: Profesión:
 Empresa: Cód. Empleado:

DOMICILIO DE LA PÓLIZA

C/ Bloque: Escalera: Piso: Puerta: C.P.: E-mail:
 Municipio: Provincia: Tlf: Móvil: Fax:

DATOS PERSONALES DE LOS ASEGURADOS A INCLUIR EN LA PÓLIZA

Orden	Nombre y Apellidos	F. Nacimiento	Parentesco	Sexo	Tipo de documento	Número
1						
2						
3						
4						
5						
6						

¿Tiene contratado SANITAS DENTAL? ¿Es o ha sido socio de Sanitas con anterioridad? Nº Poliza Anterior: Fecha de efecto para la póliza:

DECLARACIÓN A RELLENAR RESPECTO A TODOS LOS ASEGURADOS

	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado3	Asegurado4	Asegurado 5	Asegurado 6
1. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO
2. ¿Tiene prevista alguna?	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO
3. ¿Ha estado en algún hospital o institución en observación o tratamiento?	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO
4. ¿Ha consultado o estado en tratamiento médico en el último año por algún síntoma o enfermedad transitoria o defecto?	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO
5. Según su más leal saber o entender, ¿padece actualmente alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto?	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO
6. Si es mujer, ¿está embarazada?	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO

DATOS BANCARIOS DEL TOMADOR DEL SEGURO PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco: Calle: Municipio: C.P.: Provincia:
 Cod. Bancario: Sucursal: D.C.: Nº Cuenta: Frec. Pago:

AVISO LEGAL

El abajo firmante declara que dicha información es cierta y que no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de todas y cada una de las personas incluidas en este documento. No obstante faculta a SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, (en adelante SANITAS) para que pueda requerir de médicos e instituciones, y por tanto autoriza a estos a que faciliten a SANITAS, los datos sobre la salud de las personas que hayan sido incluidas en la póliza que entienda necesarios para el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir y para prevención del fraude, pudiendo conservar todos sus datos, incluyendo todos los relativos a su salud, para este fin.

El interesado reconoce que SANITAS se reserva el derecho de aceptación o rechazo, total o parcial, de esta solicitud a los efectos de la contratación del seguro.

Asimismo y de conformidad con la normativa legal sobre protección de datos de carácter personal, los asegurados consienten expresamente en que todos los datos personales relativos al Tomador y demás personas incluidas en esta solicitud sean incorporados a ficheros, titularidad de SANITAS siendo su finalidad la de servir a las actividades propias de esta compañía, la efectividad de las relaciones contractuales, la prevención del fraude y el envío de publicidad y ofertas comerciales de la entidad y terceros con los que establezca vínculos de colaboración, autorizándonos a tratar sus datos para enviarle la información que más se adapte a sus necesidades específicas.

Asimismo, los asegurados autorizan expresamente la cesión de dichos datos a empresas del Grupo Sanitas que constan identificadas en www.isanitas.com y entidades relacionadas con productos y servicios financieros, de seguros, socio-sanitarios y/o de salud así como de bienestar, para el envío de información comercial de las mismas.

Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos previstos en la mencionada legislación, pueden ser ejercitados en la sede de la entidad, calle Ribera del Loira 52 28042 Madrid, Departamento de Relaciones con Clientes.

El tomador se hace responsable de comunicar a los demás asegurados declarados en la póliza, la inclusión de sus datos en los ficheros anteriormente mencionados.

En caso de no recibir comunicación escrita en el plazo de 30 días a contar desde la fecha de la presente solicitud, entenderemos que está conforme con el envío de publicidad y cesión de datos a otras compañías en los términos indicados.

INFORMACIÓN AL TOMADOR

(En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 30/1995 y de los artículos 104 a 107 de su Reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 2486/1998)

LEGISLACIÓN APLICABLE: Ley 50/80 de 8 de Octubre de Contrato de Seguro; Ley 30/95 de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo. (R.D. nº 2486/98 de 20 de Noviembre).

ENTIDAD ASEGURADORA: SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, con domicilio social en la C/ Ribera del Loira 52 (28042 Madrid, España), correspondiendo a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía el control y supervisión de su actividad.

DERECHO DE RESCISIÓN: En los casos en que el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin penalización alguna, siempre que no haya acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los 14 días siguientes a la firma de la póliza de seguros o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción se produce con posterioridad a la firma de la póliza.

Este derecho solo le corresponde a los Tomadores que sean personas físicas y que actúen con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia.

Para ejercitar este derecho, el Tomador remitirá la oportuna comunicación dirigida al Asegurador, utilizando cualquier soporte duradero y accesible al Asegurador. El Tomador podrá remitir esta comunicación utilizando medios electrónicos, siempre que disponga de los dispositivos que garanticen la integridad, autenticidad y no alteración de la comunicación, y permitan constatar la fecha de envío y recepción de la misma.

La cobertura del riesgo objeto de la póliza cesará desde la fecha de expedición por el Tomador de la comunicación de resolución.

"CELEBRACIÓN DEL CONTRATO: El contrato de seguro podrá celebrarse utilizando una técnica de comunicación a distancia siempre que la misma esté disponible y sea accesible para ambas partes del contrato y siempre que dicha técnica garantice la integridad, autenticidad y no alteración del contrato, debiéndose utilizar mecanismos que garanticen la constatación de la fecha de envío y recepción del mensaje, su accesibilidad, conservación y reproducción.

a.- En los casos en que el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación electrónica, telemática o informática, el Tomador cumplimentará la solicitud de seguro y la documentación contractual que le proporcione el Asegurador a través de cualquiera de estas técnicas y archivará todos los documentos en un soporte informático que tenga la consideración de soporte duradero según lo establecido en la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro.

b.- En los casos en que el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia distinta de la electrónica, telemática o informática, el Tomador hará llegar la solicitud de seguro al Asegurador debidamente cumplimentada.

Posteriormente, el Asegurador enviará al Tomador la documentación de la póliza, cuya copia deberá ser firmada por éste y devuelta al Asegurador.

En cualquier momento de la relación contractual, el Tomador tendrá derecho a obtener las condiciones contractuales en papel y a cambiar las técnicas de comunicación a distancia utilizadas para la celebración del contrato de seguro."

INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN: En caso de cualquier tipo de reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

1.- Al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador, -mediante escrito dirigido a la calle Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid) o al fax nº 91 585 24 80 o a la dirección de correo electrónico clientes@sanitas.es -, quién acusará recibo por escrito y resolverá igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación.

2.- Una vez agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de éste, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por el Asegurador en los siguientes casos:

2.a.- Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza. No podrán someterse al Defensor del Asegurado las reclamaciones que versen sobre la actuación personal o profesional de los médicos, hospitales y servicios médicos en general que presten atención médica a los asegurados (1).

2.b.- Cuando aún estando fuera de los anteriores supuestos, así lo acepte el Asegurador. Para reclamar ante el Defensor del Asegurado el reclamante deberá dirigir un escrito al apartado de correos nº 50.072 (28080 Madrid) exponiendo los motivos de su reclamación. A la vista del mismo, el Defensor acusará recibo por escrito y se declarará o no competente. Si se declara competente, una vez estudiada la reclamación, dictará -dentro del plazo máximo legal de dos meses computados desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Asegurador- desde la presentación ante el Departamento de Atención al Cliente del Asegurador- una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como al Asegurador para quién resultará vinculante.

3.- También, podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por el Defensor del Asegurado o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.

4.- En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

(1) Sólo para los productos Sanitas Multi, Sanitas Mundi, Sanitas Familia, Sanitas Oro, Sanitas Oro Reembolso, Sanitas Básico, Sanitas Esencial y Sanitas Dental.

En.....a.....de.....de.....

Firma Agente/Compañía

Firma Tomador



CUESTIONARIO ADICIONAL (INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL)

IMPORTANTE: Este cuestionario debe ser cumplimentado por cada beneficiario de la póliza que declare problemas de salud. Entregue este cuestionario en sobrecerrado convenientemente identificado para su revisión por nuestro servicio médico (Dpto. Actuarial) y adjúntelo a su solicitud de seguro.

Nombre: _____ NIF: _____

Apellidos: _____

	Problema 1
¿Su problema es actual o pasado? Detállelo	
Fecha inicio	
Fecha finalización	
Causa (ej: por enfermedad, tras accidente, de nacimiento, por embarazo, etc). Especificar	
Localización exacta (ej: pierna izqda, brazo dcho, oídos, etc). Especificar	
Si ha habido tratamiento, indicar tipo: médico, quirúrgico, etc. Especificar	
Secuelas (ej: cojera, ceguera, etc). Especificar	
Prótesis o material quirúrgico implantados (ej: osteosíntesis). Especificar	
Pruebas diagnósticas y/o tratamientos previstos en el futuro. Especificar	
Situación actual respecto al problema declarado (ej: curado, pequeñas molestias, etc). Especificar	
Defecto de refracción óptico. Especificar (ej: miopía, astigmatismo, ...)	
Dioptrías ojo derecho	
Dioptrías ojo izquierdo	
En caso de embarazo, indicar semanas de gestación	
¿Conoce alguna circunstancia que puede afectar desfavorablemente el curso de su embarazo y/o parto?	
¿Se ha detectado alguna anomalía, malformación o enfermedad en el feto?	
¿Desearía usted sobreprima de embarazo? (*)	

La información contenida en este documento es confidencial y está protegida conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma: _____

**ADJUNTAR COPIA DE TODA LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA
RELATIVA A LOS PROBLEMAS DECLARADOS**