



# 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  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:  día  mes  año

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**

Parentesco con Asegurado 1:

Apellidos y nombre:  Sexo H/M:  Fecha de nacimiento:  día  mes  año

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)

<p><b>PARA TODOS LOS ASEGURADOS:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dental</p> <p><input type="checkbox"/> Farmacia</p> <p><input type="checkbox"/> Cobertura en Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/> Óptica (familiar)</p> <p><input type="checkbox"/> Garantía de Accidentes de tráfico/laborales</p> <p><input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/></p> <p><b>PARA EL TOMADOR DEL SEGURO:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Garantía de IT</p> <p><input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/></p>	<p><b>PARA LOS ASEGURADOS SELECCIONADOS:</b></p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>A1</td> <td>A2</td> <td></td> <td>A1</td> <td>A2</td> </tr> <tr> <td>Reembolso de gastos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Otros <input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Indicar capital asegurado: <input type="text"/> €</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reembolso de Ginecología y Pediatría</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Óptica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Accidentes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indicar capital asegurado: <input type="text"/> €</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Renta (subsido hospitalización)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Medicina Alternativa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		A1	A2		A1	A2	Reembolso de gastos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicar capital asegurado: <input type="text"/> €	<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="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Renta (subsido hospitalización)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Medicina Alternativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	A1	A2		A1	A2																																																		
Reembolso de gastos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Indicar capital asegurado: <input type="text"/> €	<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="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
Renta (subsido hospitalización)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
Medicina Alternativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					

Firma del Tomador/asegurado

Firma del Mediador

Fecha:  a  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 si/no en cada casilla).

<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <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 cardíaco, 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"/> Paraplejías, hemiplejías o tetraplejías	<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Lupus sistémico	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/> Dermatomiositis	
		<input type="checkbox"/> Espondilitis anquilopoyética	
		<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 si/no en cada casilla).

<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <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 cardíaco, 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"/> Paraplejías, hemiplejías o tetraplejías	<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Lupus sistémico	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/> Dermatomiositis	
		<input type="checkbox"/> Espondilitis anquilopoyética	
		<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: \_\_\_\_\_

Nº de tarjeta del padre: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de la madre: \_\_\_\_\_

Nº de tarjeta de la madre: \_\_\_\_\_

#### Recién nacido asegurado Nº 1

Sí  NO  ¿Es prematuro?

Sí  NO  ¿Ha requerido o requiere asistencia sanitaria especial?

Sí  NO  ¿Presenta alguna enfermedad congénita?

#### Recién nacido asegurado Nº 2

Sí  NO  ¿Es prematuro?

Sí  NO  ¿Ha requerido o requiere asistencia sanitaria especial?

Sí  NO  ¿Presenta alguna enfermedad congénita?

Firma del Tomador/asegurado

Firma del Mediador

Fecha:

a de de