



SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE BENEFICIARIO

Nº DE PÓLIZA: _____ BARRA: _____ FECHA DE EFECTO: _____

A RELLENAR POR SANITAS

Oficina: _____ Código de Agente: _____ Código de 2º Mediador: _____
Código de Gestor: _____ Código de Empleado: _____

A RELLENAR POR EL MEDIADOR

Nombre: _____ Nº registro en la DGS: _____

IMPORTANTE: Es necesario entregar cumplimentado 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: _____ Sexo: H M
Nº documento: _____ NIF/CIF Pasaporte Tarjeta de residencia Fecha de nacimiento: día _____ mes _____ año _____
Nacionalidad: _____
Empresa: _____ E-mail: _____

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO A INCLUIR

Apellidos: _____ Nombre: _____ Sexo: H M
Nº documento: _____ NIF/CIF Pasaporte Tarjeta de residencia Fecha de nacimiento: día _____ mes _____ año _____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
E-mail: _____ Profesión: _____ Parentesco: _____

¿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?: _____

ENVIAR DOCUMENTACIÓN A:

Calle: _____ Nº: _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____
Municipio: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

CONTRATACIÓN DE COMPLEMENTOS

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

ANTES DE CUMPLIMENTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, 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.

¿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?

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

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 NACIDO

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: _____

Sí NO ¿Es prematuro? Sí NO ¿Ha requerido o requiere asistencia sanitaria especial? Sí NO ¿Presenta alguna enfermedad congénita?

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 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 _____ de _____

(El Tomador reconoce con su firma en el anverso de su solicitud de Seguro haber sido informado en la fecha de la misma de lo indicado a continuación en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre 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; Real Decreto Legislativo 6/2004, por el que se aprueba el texto refundido de la ley 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 nº 52 (28042 Madrid, España), correspondiendo a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad el control y supervisión de su actividad.

COMUNICACIONES A DISTANCIA

Sanitas una vez aceptada en su caso la presente solicitud de seguro, remitirá un correo electrónico al Tomador de la póliza, a la dirección de correo por éste facilitada en la presente solicitud. En dicho correo electrónico figurará un enlace que le permitirá acceder a las condiciones generales y particulares de su póliza de seguro. Es imprescindible que proceda a su aceptación, así como a la activación de su tarjeta de Asegurado, para poder hacer uso con plenas garantías, de los servicios objeto de cobertura por la póliza contratada. A tal fin, y con objeto de garantizar la plena seguridad y validez jurídica de las comunicaciones, el Tomador, con carácter previo a efectuar dicha aceptación, deberá seguir las instrucciones facilitadas por SANITAS para proceder a su registro en la web y elegir una clave identificativa de seguridad.

Una vez haya obtenido su clave identificativa, el Tomador deberá acceder a www.sanitas.es donde estarán disponibles las condiciones generales y particulares de su póliza, que deberá aceptar haciendo clic sobre los recuadros específicamente dispuestos a tal efecto, equiparándose dicha acción a la firma respectiva de los citados condicionados. El Tomador podrá descargarse dichos archivos, sin perjuicio de poder solicitar a SANITAS el envío de la mencionada documentación contractual en soporte papel.

El Tomador acepta equiparar jurídicamente su firma autógrafa y la clave identificativa ya indicada. Será responsabilidad del Tomador mantener en secreto y custodiar diligentemente su clave identificativa de seguridad, adoptando las medidas razonables para protegerla y evitar el acceso a la misma por parte de terceros. En este sentido, el Tomador se compromete expresamente a no revelar ni facilitar su clave identificativa de seguridad a otras personas y a mantenerla en lugar seguro, comunicando a SANITAS inmediatamente en caso de que se produzca su pérdida o sustracción. Mientras no se realice esta comunicación, será responsabilidad del Tomador cualquier operación realizada con su clave identificativa de seguridad.

El Tomador autoriza a SANITAS a que pueda grabar las comunicaciones telefónicas, pudiendo emplearse en ese caso las citadas grabaciones, como medio de prueba para cualquier procedimiento judicial o arbitral que entre ambas partes se pudiera plantear directa o indirectamente. En cumplimiento de la normativa aplicable y como medida de seguridad jurídica para ambas partes, SANITAS grabará los registros informáticos y telemáticos que se hayan generado por razón del acceso al servicio de SANITAS.

El Tomador acepta la plena validez y eficacia de cualquier notificación remitida por SANITAS a la dirección física o electrónica o al teléfono del Tomador facilitada por éste en el momento de realizar la solicitud de seguro, mientras no comunique un cambio de la misma.

El Tomador autoriza a SANITAS a que utilice su número de teléfono móvil y su correo electrónico para remitirle todas las notificaciones, comunicaciones e información relacionada con su póliza, siempre que la ley lo permita, por medios electrónicos.

El Tomador dará traslado de los términos acordados e indicados en los párrafos anteriores, a aquellos Asegurados de la póliza que deseen en su caso registrarse y obtener su propia clave identificativa de seguridad, aceptando tanto en su propio nombre como en el de dichos Asegurados, la plena validez jurídica de dichos términos.

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 Asegurado debidamente cumplimentada. Posteriormente, el Asegurado 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 Derecho habientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución: al Departamento de Gestión de Reclamaciones de SANITAS, -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 reclamaciones@sanitas.es, o a través de Mi Sanitas <https://www.sanitas.es/misanitas/online/clientes/contacto/index.html> y acusaremos recibo por escrito, resolviendo igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación.

- Una vez agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por el Asegurador en los siguientes casos:
 - 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 servicios médicos en general que presten atención médica a los Asegurados.
 - 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- una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como al Asegurador, para quien resultará vinculante.
- También, podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición.
- En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes, que serán los del domicilio del Asegurado.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL TOMADOR Y ASEGURADOS

SANITAS S.A. DE SEGUROS (en adelante SANITAS), se obliga a conservar de forma confidencial los datos que en cada momento le sean facilitados por los Tomadores o beneficiarios. El solicitante declara que la información que ha facilitado es cierta y que no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada una de las personas incluidas en la póliza. SANITAS no contrae obligación alguna como consecuencia de la presente solicitud y se reserva el derecho de aceptación o rechazo de la misma a los efectos de la contratación del seguro.

El solicitante consiente expresamente en que todos los datos personales relativos al Tomador y Asegurados sean incorporados a ficheros de SANITAS para la efectividad y mantenimiento de las relaciones entre las partes, la prevención del fraude, el ofrecimiento de programas asistenciales integrales, el conocimiento de los motivos de rechazo de esta solicitud o baja de la póliza, el ofrecimiento de programas de retención y el envío, por cualquier medio incluidos los móviles o electrónicos, de información contractual o de servicio, notificaciones, publicidad u otras ofertas propias o de terceros relacionados con SANITAS que pudieran resultar de su interés, autorizando a SANITAS a tratar sus datos para enviarle información relacionada con dichos fines.

Los datos del Tomador/Asegurado serán comunicados recíprocamente a los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y entidades con las que mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o de colaboración, para la correcta prestación del servicio, ejecución y cumplimiento del seguro, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude, ofrecimiento de los programas integrales asistenciales que pueda tener SANITAS y para la atención de

las reclamaciones presentadas por los Asegurados. Con el objeto de prevenir el fraude, los Asegurados consienten expresamente en que sean conservados por SANITAS los datos necesarios para este fin aunque se haya extinguido la relación. Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y/o de salud y bienestar para el envío de información comercial de las mismas.

Asimismo, los Asegurados autorizan expresamente la cesión de sus datos identificativos básicos a empresas del Grupo Sanitas que constan identificadas en www.sanitas.es, relacionadas con productos y servicios financieros, socio-sanitarios y/o de salud y bienestar para el envío de información comercial de las mismas.

El Tomador manifiesta que cuenta con el consentimiento de los Asegurados tanto para que por el Tomador se den sus datos personales a SANITAS como para que SANITAS facilite al Tomador la información identificativa sobre los servicios médicos de los Asegurados cubiertos por la póliza, salvo que por parte del Tomador se libere por escrito a SANITAS de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los Asegurados. El Tomador se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados de la póliza la inclusión de sus datos en los ficheros anteriormente mencionados y el tratamiento que de los mismos pretende realizar SANITAS para que puedan ejercitar ante la misma los derechos que estimen convenientes.

Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos previos en la mencionada legislación, pueden ser ejercitados en la sede de la entidad, calle Ribera del Loira, 52, 28042 Madrid, Dpto. de Atención al Cliente.