



SOLICITUD DE CAMBIO DE PÓLIZA -TRANSFER-

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: _____

Nombre del producto a contratar:

La antigüedad como Socio de Sanitas será tenida en cuenta, en su caso, en los términos que expresamente se establezcan en las Condiciones Particulares de su nueva póliza.

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: _____ N°: _____ 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: _____ N°: _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____
 Municipio: _____ C.P. _____ Provincia: _____

ENVIAR DOCUMENTACIÓN A:

Calle: _____ N°: _____ 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.: _____
 N° de documento: _____
 Producto de procedencia: _____ N° de póliza anterior: _____

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.: _____
 N° de documento: _____
 Producto de procedencia: _____ N° de póliza anterior: _____

CONTRATACIÓN DE COMPLEMENTOS

PARA TODOS LOS ASEGURADOS:

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

PARA LOS ASEGURADOS SELECCIONADOS:

- | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Reembolso de gastos | A1 | A2 | Otros _____ | A1 | A2 |
| 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"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Óptica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Accidentes | | | | | |
| 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"/> | | | |

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 sí/no en cada casilla).

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

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).

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

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 _____