



# Solicitud de Seguro

**A rellenar por Sanitas** N° de póliza \_\_\_\_\_ barra \_\_\_\_\_  
 Fecha de efecto \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Código de Agente **18788 (AndalBrok)** \_\_\_\_\_  
 Código de 2º Mediador \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Código de Inspector \_\_\_\_\_  
 Código de Empleado \_\_\_\_\_ N° de Póliza Accidentes \_\_\_\_\_ N° de Póliza Renta \_\_\_\_\_

Nombre del producto a contratar: \_\_\_\_\_

Datos personales del Tomador del Seguro

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 NIF/CIF  Pasaporte  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_  
 Tarjeta de residencia \_\_\_\_\_  
 Empresa \_\_\_\_\_

**Domicilio del tomador** Calle \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Bloque \_\_\_\_\_ Escalera \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Teléfonos \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

**Domicilio del primer asegurado de la póliza si es distinto del domicilio del tomador** Calle \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Bloque \_\_\_\_\_ Escalera \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Teléfonos \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

**Enviar documentación y tarjetas a:** Calle \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Bloque \_\_\_\_\_ Escalera \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Datos bancarios del tomador del seguro para domiciliación bancaria**  
 Entidad \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ D.C. \_\_\_\_\_ N° de Cuenta \_\_\_\_\_  
 Frecuencia de pago  
 Anual  Semestral  
 Trimestral  Mensual

Datos a rellenar sobre el/los asegurado/s

| Asegurados | Apellidos y nombre | Parentesco | Sexo  | Fecha de nacimiento | NIF   | Tel. móvil | eMail | Profesión (sólo necesario para Sanitas Accidentes y Sanitas Autónomos IT) |
|------------|--------------------|------------|-------|---------------------|-------|------------|-------|---|
| Nº 1 (a)   | _____              | _____      | _____ | ____/____/____      | _____ | _____      | _____ | _____   |
| Nº 2       | _____              | _____      | _____ | ____/____/____      | _____ | _____      | _____ | _____   |
| Nº 3       | _____              | _____      | _____ | ____/____/____      | _____ | _____      | _____ | _____   |
| Nº 4       | _____              | _____      | _____ | ____/____/____      | _____ | _____      | _____ | _____   |

¿Desea suplemento dental?  Sí  No

¿Es usted o ha sido socio de Sanitas o BUPA anteriormente?  Sí  No

¿Procede usted de otra compañía aseguradora?  Sí  No

Accidentes (ver reverso)  Sí  No

Renta (ver reverso)  Sí  No

Nº póliza anterior Asegurado 1:  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Nº póliza anterior Asegurado 2:  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Nº póliza anterior Asegurado 3:  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Nº póliza anterior Asegurado 4:  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

(a) Si el tomador de la póliza también desea ser asegurado, por favor, indíquelo en la fila de asegurado nº1.

● ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que **NO** esté incluida en el siguiente listado?  Asegurado 1:  Sí  No  Asegurado 2:  Sí  No  Asegurado 3:  Sí  No  Asegurado 4:  Sí  No

- Gripe o anginas.
- Conjuntivitis aguda
- Otitis aguda no complicada
- Gastroenteritis aguda
- Sarampión, rubeola o varicela.
- Forúnculos
- Quistes o fístulas rectales

● ¿Tiene alguna intervención quirúrgica programada o se le ha practicado alguna intervención que **NO** esté incluida en el siguiente listado?  Asegurado 1:  Sí  No  Asegurado 2:  Sí  No  Asegurado 3:  Sí  No  Asegurado 4:  Sí  No

- Operación de anginas
- Operación de apendicitis
- Extracción de las muelas del juicio
- Ligadura de trompas o vasectomía
- Implantes dentales ya realizados
- Quistes y abscesos sebáceos operados
- Operación de vegetaciones
- Parto normal, cesárea
- Fimosis operada
- Uña encarnada operada
- Lipomas operados

En caso de haber contestado afirmativamente a cualquiera de las dos preguntas anteriores, rellene por favor el cuestionario adicional.

Términos y condiciones

El abajo firmante 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 este documento. No obstante faculta a SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, (en adelante SANITAS) para que pueda requerir de médicos, clínicas, hospitales, y por tanto autoriza a éstos a que faciliten a SANITAS, los datos sobre la salud de las personas que hayan sido incluidas en la póliza que entienda necesarios para la gestión del seguro, ofrecimiento de los programas integrales asistenciales que pueda tener SANITAS para la mejora de su proceso asistencial, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude y para la atención de las reclamaciones presentadas por los propios asegurados. 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 LOPD, los asegurados consienten expresamente en que todos los datos personales relativos al Tomador y demás personas incluidas en esta solicitud sean incorporados a ficheros de SANITAS para servir a las actividades propias de esta compañía, la efectividad de las relaciones contractuales, el ofrecimiento de programas asistenciales integrales que les permitan mejorar su salud, el conocimiento de los motivos de baja de la póliza, la prevención del fraude y el envío, por cualquier medio, de publicidad u otras ofertas que pudieran resultar de su interés de la entidad y terceros con los que establezca vínculos de colaboración, autorizándonos a tratar sus datos para enviarla la información que más se adapte a sus necesidades específicas. 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 contractual. Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto. Asimismo, los asegurados autorizan expresamente la cesión de dichos datos a empresas del Grupo Sanitas que constan identificadas en www.sanitas.es, relacionadas con productos y servicios financieros, seguros, socio-sanitarios y/o de salud o bienestar, así como al coasegurador y/o reasegurador del riesgo y cualquier otra entidad con la que establezca vínculos de colaboración, para la efectividad de las relaciones contractuales con el asegurado así como para el envío de información comercial de las mismas. El tomador se hace responsable de comunicar a todos los beneficiarios incluidos en 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. El tomador informará a dichos beneficiarios que los datos relativos a servicios médicos que les sean cubiertos por la póliza, les serán comunicados al tomador de la misma 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 beneficiarios. El tomador manifiesta que cuenta con el consentimiento de los beneficiarios tanto para que por el tomador se den sus datos personales a SANITAS como para que SANITAS facilite al tomador la información sobre los servicios médicos de los beneficiarios cubiertos por la póliza. 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 Relaciones con Clientes. Si no desea recibir información comercial de Sanitas, marque en esta casilla . Si no desea recibir información comercial de otras entidades con las que Sanitas establezca vínculos de colaboración, marque esta casilla . Si no desea que se cedan datos a otras compañías salvo para la efectividad de las relaciones contractuales, marque esta casilla . En caso de no marcar las anteriores casillas y de no recibir comunicación escrita en el plazo de 45 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.

Firma del tomador / asegurado \_\_\_\_\_ Firma del agente / compañía \_\_\_\_\_

Observaciones sobre contratación de franquicias (a rellenar por Sanitas) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

# Información al Tomador

(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. n° 2486/98 de 20 de Noviembre).

## ENTIDAD ASEGURADORA:

SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS. con domicilio social en la C/ Ribera del Loira n° 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 seguro 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 la 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 reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derecho habientes 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 n° 52 (28042 Madrid) o al fax n° 91 585 24 80 o a la dirección de correo electrónico [clientes@sanitas.es](mailto:clientes@sanitas.es)-, quien 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 este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por el Asegurador en los siguientes casos:

- 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<sup>1</sup>.

- 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 n.º 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.
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.

## Sanitas Accidentes

Garantías contratadas: capital de 12.020,24 € en caso de fallecimiento y 12.020, 24 € en caso de invalidez absoluta permanente, en las condiciones previstas en la póliza.

Beneficiarios: los herederos legales del Tomador del seguro.

## Sanitas Renta

Garantías contratadas: abono de una indemnización de 30,05 € por día de hospitalización en las condiciones previstas en la póliza.

En ambos seguros, para contratar cantidades superiores o para designar otros beneficiarios, rellene el cuestionario específico de Sanitas Accidentes y/o Sanitas Renta.

(1) Únicamente aplicable a todos los productos que comercializa la compañía pertenecientes al ramo de enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria)