



Solicitud de Seguro

Nombre del producto a contratar:
Sanitas Multi

A rellenar por Sanitas

Nº de póliza _____ barra _____

Fecha de efecto _____ Departamento _____ Código de Agente _____

Código de 2º Mediador _____ Oficina _____ Código de Inspector _____

Código de Empleado _____ Nº de Póliza Accidentes _____ Nº de Póliza Renta _____

Datos personales del Tomador del Seguro

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre _____

NIF/CIF Pasaporte Hombre Mujer

Fecha de nacimiento _____ día _____ mes _____ año eMail _____

Tarjeta de residencia Empresa _____

Domicilio del tomador Calle _____ Nº: _____

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 _____ Nº: _____

Bloque _____ Escalera _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____

C.P. _____ Provincia _____

Teléfonos _____ Domicilio _____ Trabajo _____ Móvil _____

Enviar documentación y tarjetas a: Calle _____ Nº: _____

Bloque _____ Escalera _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____

C.P. _____ Provincia _____

Datos bancarios del tomador del seguro para domiciliación bancaria

Entidad _____ Oficina _____ D.C. _____ Nº 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 ¿Cuál? _____

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 ANONIMA 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, 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 enviarle 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 _____ / _____ / _____

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre _____

Peso _____ Estatura _____ NIF/CIF Pasaporte Tarjeta de residencia _____

IMPORTANTE ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LEA ESTAS INDICACIONES CON DETENIMIENTO.

1. Este cuestionario debe cumplimentarse por cada beneficiario que declare problemas de salud. (1 por persona).
2. 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.**
3. En órganos o miembros pares, indique lado.

Escriba el problema e indique:

Problema actual A o pasado P

Fecha de: inicio / finalización

1 Causa (ej.: por enfermedad, tras accidente, de nacimiento, por embarazo, etc.). Especificar.

2 Localización exacta (ej.: pierna izda., brazo dcho., oídos, etc.). Especificar.

3 Tratamiento. Si lo ha habido, indicar tipo: médico, quirúrgico, etc. Especificar.

4 Prótesis o material quirúrgico implantados (ej.: Osteosíntesis: clavos, tornillos, mallas, etc.). Especificar.

5 Pruebas diagnósticas y/o tratamientos previstos en el futuro. Especificar.

6 Situación actual respecto al aspecto médico declarado y especificar posibles secuelas (ej.: curado, pequeñas molestias, cojera, etc.)

7 Defecto de Refracción Óptica, especificar (miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.)

8 Embarazo:

	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P

_____ Dioptrías ojo derecho: _____ Dioptrías ojo izquierdo: _____

Semanas de gestación: (Si más de 20 semanas, adjuntar informe tocológico).

¿Conoce usted alguna circunstancia que pueda afectar desfavorablemente el curso de su embarazo y/o parto? Si No (Si la respuesta es afirmativa, aportar el informe pertinente).

¿Se le ha detectado alguna anomalía/malformación/enfermedad al feto? Si No (Si la respuesta es afirmativa, aportar el informe pertinente).

¿Sobreprima de embarazo?: Si No

El abajo firmante declara que dicha información es cierta y que no ha omitido dato alguno sobre el estado de su salud. 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 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, para prevención del fraude y para la atención de las reclamaciones presentadas por los propios asegurados, 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, el asegurado consiente expresamente en que todos los datos personales relativos al mismo 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, el conocimiento de los motivos de baja de la póliza, la prevención del fraude y el envío de publicidad y ofertas comerciales u otras que pudieran resultar de su interés de la entidad y terceros con los que establezca vínculos de colaboración, autorizándose a tratar sus datos para enviarle la información que más se adapte a sus necesidades específicas. Con el exclusivo objeto de prevenir el fraude los asegurados consienten expresamente en que sean conservados por SANITAS los datos estrictamente necesarios para este fin aunque se haya extinguido la relación contractual. 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.

En caso de extracción de órganos y/o materia se debe aportar también la anatomía patológica, así como el informe médico con la situación actual. Si tiene informes médicos de los problemas declarados, adjúntelos.

Fecha ____ / ____ / ____ Firma