



SOLICITUD DE SEGURO

Nombre del producto a contratar:

Nº de Solicitud:

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 de registro en la DGS: _____

PARTE DE **Bupa****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 Pasaporte NIE 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 A: **El Mediador**

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 Pasaporte NIE: _____

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 Pasaporte NIE: _____

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)

PARA TODOS LOS ASEGURADOS:

- Dental
- Farmacia
- Cobertura en Estados Unidos
- Óptica
- Garantía de Accidentes de tráfico/laborales
- Asistencia Familiar
- Otros _____

PARA EL TOMADOR DEL SEGURO:

- Garantía de IT
- Otros _____

PARA LOS ASEGURADOS SELECCIONADOS

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|-----------------------------------|
| | A1 | A2 | Otros | |
| Reembolso de gastos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | _____ A1 <input type="checkbox"/> |
| Indicar capital asegurado: _____ € | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Reembolso de Ginecología y Pediatría | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | _____ A2 <input type="checkbox"/> |
| Óptica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Accidentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 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 contenida en esta solicitud y en la Nota Previa Informativa adicional. Otorgo mi consentimiento al mandato de domiciliación bancaria de la prima de seguro y al tratamiento de datos personales establecido igualmente al dorso.

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.

PARTE DE **Bupa**

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). SÍ NO

SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO
<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 cardiaco, 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"/> Traslantes
<input type="checkbox"/> Patología intramedular o intracraneal	<input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria crónica	<input type="checkbox"/> Lupus sistémico	<input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> Paraplejías, hemiplejías o tetraplejías	<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Dermatomiositis	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica	<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 sí/no en cada casilla). SÍ NO

SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO	SÍ NO
<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 cardiaco, 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"/> Traslantes
<input type="checkbox"/> Patología intramedular o intracraneal	<input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria crónica	<input type="checkbox"/> Lupus sistémico	<input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> Paraplejías, hemiplejías o tetraplejías	<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Dermatomiositis	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica	<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 _____