



## Información previa a la contratación

El Tomador reconoce con su firma en el anverso de la solicitud de seguro haber sido informado en la fecha de ésta de lo indicado a continuación, en cumplimiento de los arts. 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, y 122 y 126 de su Reglamento de desarrollo, y haber recibido, en su dirección de correo electrónico facilitada en la solicitud de seguro, o en su defecto en papel, el Documento de información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud. 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.

### LEGISLACIÓN APLICABLE:

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre).

### ENTIDAD ASEGURADORA:

SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, con domicilio social en la C/ Ribera del Loira, 52 (28042 Madrid, España) y NIF A-28037042. Corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad el control y supervisión de su actividad. SANITAS divulgará a través de su página web el informe legal sobre la situación financiera y de solvencia en los plazos previstos en la normativa vigente.

### ACEPTACIÓN DE CONDICIONES. COMUNICACIONES:

SANITAS, aceptada en su caso la solicitud de seguro, remitirá un correo electrónico al Tomador a su dirección facilitada en la solicitud, en el que figurará un enlace que le permitirá registrarse en la Web y elegir una Clave Identificativa de seguridad.

Obtenida su Clave Identificativa, el Tomador deberá acceder a [www.sanitas.es](http://www.sanitas.es), donde estarán disponibles las Condiciones Generales y Particulares de su póliza, que deberá aceptar mediante un código que recibirá en el teléfono móvil cuyo número haya facilitado en la presente solicitud. A todos los efectos, la utilización del código equivaldrá jurídicamente a la firma autógrafa del Tomador. Sanitas podrá denegar la cobertura asegurada en caso de no aceptar el Tomador las condiciones de la póliza.

El Tomador autoriza a SANITAS para que pueda grabar las comunicaciones telefónicas, y los registros informáticos y telemáticos generados por el acceso al servicio de SANITAS, pudiendo emplear las grabaciones como medio de prueba en cualquier controversia o procedimiento entre las partes. El Tomador autoriza a SANITAS a que utilice su número de teléfono móvil y su dirección de correo electrónico para remitirle las notificaciones, comunicaciones e información relacionada con su póliza, siempre que la ley lo permita, por medios electrónicos.

El Tomador acepta la plena validez y eficacia de cualquier notificación remitida por SANITAS a su domicilio, correo electrónico o teléfono facilitados en la solicitud de seguro, mientras no comunique su cambio.

El Tomador acepta los anteriores términos en su nombre y en el de los asegurados de la póliza que se registren y obtengan su propia clave identificativa, a quienes el Tomador informará de dichos términos.

### INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN:

Para cualquier reclamación sobre el contrato de seguro, el tomador, asegurado, beneficiario, tercero perjudicado o derecho habiente de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

1. Al Departamento de Gestión de Reclamaciones de SANITAS (mediante escrito firmado facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante) dirigido a la C/Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid) o al fax nº 91 585 24 68 o a la dirección de correo electrónico [reclamaciones@sanitas.es](mailto:reclamaciones@sanitas.es), y acusaremos recibo por escrito, resolviendo igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación.
2. Agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación por escrito facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante, 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.
3. Le informamos que Sanitas no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo sin perjuicio de poder acudir el asegurado a las instancias administrativas y judiciales previstas en el procedimiento de reclamaciones que figura en las condiciones generales de su póliza.
4. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes, que serán los del domicilio del asegurado.

### RENOVACIÓN, RESOLUCIÓN, ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS Y OTRA INFORMACIÓN:

1. Renovación. Salvo que otra cosa se establezca en la póliza, el contrato de seguro tiene una duración anual, computada desde su fecha de entrada en vigor, y se prorrogará tácitamente por sucesivos periodos de una anualidad salvo que una de las partes se oponga a una de dichas prórrogas comunicándoselo a la otra con 2 meses de antelación si es SANITAS quien realiza la comunicación y con 1 mes si es el Tomador. En ningún caso Sanitas se opondrá la prórroga si el Asegurado es mayor de 65 años, siempre que tenga una antigüedad como Asegurado igual o superior a 5 años en Sanitas sin impagos, o bien por encontrarse en tratamiento de una de las enfermedades graves indicadas a continuación, cuyo primer diagnóstico se haya producido durante el período de alta del Asegurado en la póliza: procesos oncológicos activos; enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista; trasplante de órganos; cirugía ortopédica compleja en fase de evolución; enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso; insuficiencia renal aguda; insuficiencia respiratoria crónica tórpida; hepatopatías crónicas (excluidas las de origen alcohólico); infarto agudo de miocardio con insuficiencia cardíaca; degeneración macular.
2. Resolución del contrato (con carácter general, sin perjuicio de las previsiones legales y de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza).
  - a) SANITAS podrá resolver la póliza:
    - En caso de reserva o inexactitud del Tomador al cumplimentar el cuestionario de salud del/de los asegurado/s. La resolución tendrá lugar mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de 1 mes desde que SANITAS tenga conocimiento de la reserva o inexactitud.
    - Si por culpa del Tomador la prima inicial no se paga a su vencimiento, salvo que SANITAS opte por exigir su pago por vía ejecutiva. En caso de impago de primas posteriores, sus fraccionamientos o copagos, será de aplicación el art. 15 de la Ley 50/80 y las Condiciones de la póliza.
  - b) El Tomador podrá resolver la póliza en los siguientes casos, comunicándolo por escrito a SANITAS:
    - Recibida, en su caso, la comunicación de SANITAS relativa a la variación del importe de las primas para la siguiente anualidad. En ese caso, la resolución producirá efecto al término de la anualidad en curso siempre que se comunique por el Tomador a SANITAS con al menos un mes de antelación a dicha fecha.
    - Cuando varíe el cuadro médico nacional de SANITAS, siempre que afecte al menos al 50% de los que lo integren antes de la variación.
3. Factores de riesgo objetivos a considerar en la tasa de prima a aplicar en las sucesivas renovaciones de la póliza: edad de cada asegurado; zona geográfica de prestación de los servicios; evolución de costes de los servicios sanitarios; frecuencia en la utilización de las prestaciones; inclusión de innovaciones tecnológicas médicas o nuevas coberturas aseguradas.
4. El Tomador no tiene derecho a la rehabilitación de la póliza.
5. En las pólizas de asistencia sanitaria el asegurado podrá acceder a los profesionales del cuadro médico del producto contratado en los términos y dentro de los límites establecidos en el condicionado general. En los productos de reembolso no habrá límite de acceso siempre que el servicio médico sea objeto de cobertura.
6. Puede consultar el informe sobre la situación financiera y de solvencia de Sanitas en <http://corporativo.sanitas.es/>
7. Puede consultar las tarifas de prima aplicables para todos los tramos de edad y las coberturas accesorias opcionales en [www.sanitas.es](http://www.sanitas.es)
8. En caso de contratarse la póliza a través de un comercial empleado de Sanitas, la naturaleza de su remuneración consistirá en el salario convenido entre Sanitas y dicho empleado.

## Orden de domiciliación de adeudo

El Tomador y Deudor de la prima de seguro, con su firma en el anverso de esta solicitud, autoriza a Sanitas S.A. de Seguros a que presente al cobro, en la cuenta corriente igualmente indicada en el anverso, el importe relativo a la prima de seguro de la póliza objeto de esta solicitud y cualquier otra cantidad cuyo pago corresponda al Tomador en virtud de dicha póliza. Igualmente autoriza a la entidad bancaria a efectuar dichos adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de Sanitas S.A. de Seguros.

## Información Básica sobre Protección Datos

### RESPONSABLE:

SANITAS SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS ("Sanitas"), C/ Ribera del Loira, 52, 28042 Madrid, España, tratará los datos personales, incluidos datos personales de salud, del Solicitante, Tomador y Asegurados ("Interesados"). Datos del Delegado de Protección de Datos: dpo@sanitas.es.

### FINALIDADES PRINCIPALES Y LEGITIMACIÓN:

Los datos personales de los Interesados, incluyendo sus datos de salud (los Datos Personales), se tratarán con las siguientes finalidades principales. Análisis de la solvencia económica del Solicitante/Tomador, a través de la consulta a sistemas de ficheros de información crediticia, en base al interés legítimo de Sanitas en poder identificar posibles conductas fraudulentas. Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro, pudiendo llegar a tomar decisiones automatizadas para gestionar la póliza. Si adquiere la condición de Tomador/Asegurado, prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro pudiendo solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información sobre la salud de los Asegurados, y pudiendo elaborar perfiles con base en los Datos Personales para hacerle llegar información personalizada como consejos que ayuden a cuidar de su salud. Estas dos finalidades del tratamiento están legitimadas en base a su necesidad para la ejecución del contrato de seguro y la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. Investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro, a través de la elaboración de perfiles, a efectos de prevención de salud del Asegurado como parte del objeto del contrato. Tratamiento necesario para la ejecución del contrato de seguro y la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario. Gestión de la prestación del servicio de promoción de salud objeto del contrato de seguro, para lo cual Sanitas, como consecuencia del perfilado realizado con base en los Datos Personales del Asegurado, gestiona la elaboración de planes de salud personalizados, entre otros. Tratamiento necesario para la ejecución del contrato y la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario. Gestión del riesgo actuarial con el fin, entre otros, de determinar la tarifa adecuada en cada caso. Tratamiento necesario para el cumplimiento de la normativa reguladora de las entidades aseguradoras y reaseguradora, y la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. Elaboración de perfiles con base en los Datos Personales de los Interesados, incluyendo sus datos de salud, con fines de mercadotecnia, incluido el envío de comunicaciones comerciales por vía electrónica en base al consentimiento del Interesado, o a su interés legítimo en el caso de ser Tomador o Asegurado. Puede ser necesario el perfilado para la anticipación a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado y así mejorar los servicios, en base al interés legítimo de Sanitas en ofrecer los mejores servicios posibles apoyando al Tomador/Asegurado en el cuidado de su salud, y la necesidad del tratamiento la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. Ceder los Datos Personales, incluidos datos personales de salud, a empresas dentro del grupo con fines de envío de comunicaciones comerciales, incluido por vía electrónica en base, según el caso, al perfil del Interesado, y basándose en su consentimiento previo; y con fines de anticiparse a las necesidades de salud del Interesado, elaborando, las empresas del grupo perfiles y llevando a cabo análisis estadísticos para la mejora de los servicios prestados por las entidades del grupo y poder ofrecérselos al Tomador/Asegurado, en función de sus características particulares, en base al consentimiento otorgado. Cesión de los Datos Personales, incluidos datos personales de salud, a terceras empresas con fines comerciales pudiendo basarse en el perfil del Interesado, en base al consentimiento otorgado por éste; o con el fin de asegurar la efectividad de las relaciones contractuales con el Interesado (por ej. cesión a entidades reaseguradoras) en base al interés legítimo de Sanitas en gestionar el riesgo asumido, y a la necesidad del tratamiento para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

### DESTINATARIOS:

Empresas del Grupo y terceras empresas colaboradoras, tal y como se ha especificado en el apartado anterior, además de Administraciones Públicas y otros cuando así lo requiera la legislación. Además, Terceros prestadores de servicios en calidad de encargados del tratamiento. Algunos se encuentran en países situados fuera del Espacio Económico Europeo, en cuyo caso Sanitas ha adoptado garantías apropiadas. Más información en el apartado Transferencias Internacionales en [www.sanitas.es/RGPD](http://www.sanitas.es/RGPD).

### PROCEDENCIA:

Los Datos Personales proceden de los Interesados, se generan como consecuencia de la prestación del servicio; y proceden de corredores, agentes de seguros o terceros colaboradores.

### DERECHOS:

Acceder, rectificar y suprimir los Datos Personales, retirar el consentimiento prestado, oponerse en su caso a la toma de decisiones individuales automatizadas, así como otros derechos, tal y como se explica en la Información Adicional.

### INFORMACIÓN ADICIONAL:

Disponible en [www.sanitas.es/RGPD](http://www.sanitas.es/RGPD). La falta de aceptación de los tratamientos que se incluyen a continuación no condiciona la solicitud o el contrato de seguro con Sanitas. Al marcar la casilla del Sí en alguna de las siguientes opciones, el Solicitante consiente que Sanitas pueda realizar el o los tratamientos allí descritos y sobre los datos que aporta:

Sí  No  Consiento el tratamiento de mis datos personales para finalidades promocionales de productos y servicios de Sanitas o de terceras empresas, incluyendo el envío por medios electrónicos de comunicaciones comerciales o equivalentes por parte de Sanitas, incluso aunque no llegue a contratar.

Sí  No  Consiento la cesión y el tratamiento de mis datos personales por las entidades del grupo de Sanitas con fines de investigación científica y/o estadística y fines comerciales, así como de las terceras empresas colaboradoras identificadas en la Información Adicional con la finalidad de remitirme información comercial relacionada con productos y servicios financieros, seguros, servicios socio-sanitarios y/o de salud o bienestar, incluyendo el envío de comunicaciones comerciales por medios electrónicos.

Sí  No  Consiento el tratamiento de mis datos personales con el fin de que Sanitas lleve a cabo un análisis de mis intereses y necesidades con base en los datos proporcionados por mí incluyendo pero sin limitarse a mis datos de salud, aquellos datos personales que se hayan generado como consecuencia del servicio prestado por Sanitas o que haya obtenido Sanitas por otros medios, pudiendo incluir dicho tratamiento la toma de decisiones automatizadas.

He leído y entiendo la información proporcionada en relación al tratamiento de mis datos personales.

Fecha:

día  mes  año

Firma del Solicitante/Tomador/Asegurado

# DATOS DEL ASEGURADO

## Cuestionario de salud

- Nueva póliza                       Cambio de póliza  
 Inclusión de asegurado en póliza     Inclusión de complemento en asegurado ya existente

### A rellenar por Sanitas

Nº de Solicitud: \_\_\_\_\_ Nº de póliza: \_\_\_\_\_

**Nombre y apellidos del tomador o razón social\*:** \_\_\_\_\_

### Responder por el asegurado nº

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento: día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_

Parentesco con el primer asegurado: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Fecha de efecto solicitada: 01 mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Nº documento: \_\_\_\_\_  NIF  Pasaporte  NIE  Documento Nacional de Identidad (ciudadanos de la UE)

¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o Bupa anteriormente?  Sí  No Nº de póliza anterior: \_\_\_\_\_

¿Procede usted de otra compañía aseguradora?  Sí  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### Cuestionario de salud

Peso: \_\_\_\_\_ kgs. Estatura: \_\_\_\_\_ cms.

- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico?  Sí  No  
**Detallar en caso afirmativo:** \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente?  Sí  No  
**Detallar en caso afirmativo:** \_\_\_\_\_
- ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?  Sí  No  
**Detallar en caso afirmativo:** \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada?  Sí  No  
**Detallar en caso afirmativo:** \_\_\_\_\_

### Complementos contratables por el asegurado

¿Desea contratar alguno de los siguientes complementos? (solo si el producto lo permite)	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Óptica	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos (capital asegurado) €	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Renta (subsido hospitalización)	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Accidentes (Indicar profesión del asegurado): _____	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	01 / /	_____
Complemento digital blueU Smart (seleccione al menos 2 coberturas)	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Ayuda económica ante imprevistos	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Protección por desempleo	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Cuidamos de tu mascota	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Bienestar emocional	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Dental blueU Smart	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Cuídate en casa	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Farmacia	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Fisioterapia a domicilio	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Asistencia en viaje en el extranjero	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Reembolsos infantiles	01 / /	_____

Firma del Tomador/Asegurado \_\_\_\_\_

Firma del Mediador \_\_\_\_\_

Fecha: día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_

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 el Documento de información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud.

# DATOS DEL ASEGURADO

## Cuestionario de salud

- Nueva póliza                       Cambio de póliza  
 Inclusión de asegurado en póliza     Inclusión de complemento en asegurado ya existente

### A rellenar por Sanitas

Nº de Solicitud: \_\_\_\_\_ Nº de póliza: \_\_\_\_\_

**Nombre y apellidos del tomador o razón social\*:** \_\_\_\_\_

### Responder por el asegurado nº

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento: día  mes  año  Parentesco con el primer asegurado: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Fecha de efecto solicitada:  mes  año

E-mail: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Nº documento: \_\_\_\_\_  NIF  Pasaporte  NIE  Documento Nacional de Identidad (ciudadanos de la UE)

¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o Bupa anteriormente?  Sí  No Nº de póliza anterior: \_\_\_\_\_

¿Procede usted de otra compañía aseguradora?  Sí  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### Cuestionario de salud

Peso: \_\_\_\_\_ kgs. Estatura: \_\_\_\_\_ cms.

- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico?  Sí  No  
 Detallar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente?  Sí  No  
 Detallar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_
- ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?  Sí  No  
 Detallar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada?  Sí  No  
 Detallar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_

### Complementos contratables por el asegurado

¿Desea contratar alguno de los siguientes complementos? (solo si el producto lo permite)	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Óptica	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos (capital asegurado) €	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Renta (subsidió hospitalización)	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Accidentes (Indicar profesión del asegurado):	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	01 / /	_____
Complemento digital blueU Smart (seleccione al menos 2 coberturas)	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Ayuda económica ante imprevistos	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Protección por desempleo	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Cuidamos de tu mascota	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Bienestar emocional	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Dental blueU Smart	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Cuídate en casa	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Farmacia	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Fisioterapia a domicilio	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Asistencia en viaje en el extranjero	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Reembolsos infantiles	01 / /	_____

Firma del Tomador/Asegurado \_\_\_\_\_ Firma del Mediador \_\_\_\_\_

Fecha: día  mes  año

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 el Documento de información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud.





Parte de Bupa

# DATOS DEL ASEGURADO

## Cuestionario de salud

- Nueva póliza
  Cambio de póliza  
 Inclusión de asegurado en póliza
  Inclusión de complemento en asegurado ya existente

### A rellenar por Sanitas

Nº de Solicitud: \_\_\_\_\_ Nº de póliza: \_\_\_\_\_  
 Nombre y apellidos del tomador o razón social\*: \_\_\_\_\_

### Responder por el asegurado nº

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento: día [ ] mes [ ] año [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Parentesco con el primer asegurado: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Fecha de efecto solicitada: [0] [1] mes [ ] [ ] año [ ] [ ] [ ] [ ]

E-mail: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Nº documento: \_\_\_\_\_  NIF  Pasaporte  NIE  Documento Nacional de Identidad (ciudadanos de la UE)

¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o Bupa anteriormente?  Sí  No Nº de póliza anterior: \_\_\_\_\_

¿Procede usted de otra compañía aseguradora?  Sí  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### Cuestionario de salud

Peso: \_\_\_\_\_ kgs. Estatura: \_\_\_\_\_ cms.

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico?  Sí  No

Detallar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente?  Sí  No

Detallar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_

3. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?  Sí  No

Detallar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada?  Sí  No

Detallar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_

### Complementos contratables por el asegurado

¿Desea contratar alguno de los siguientes complementos? (solo si el producto lo permite)	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Óptica	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos (capital asegurado) €	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Renta (subsidió hospitalización)	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Accidentes (Indicar profesión del asegurado):	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	01 / /	_____

Complemento digital blueU Smart (seleccione al menos 2 coberturas)	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Ayuda económica ante imprevistos	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Protección por desempleo	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Cuidamos de tu mascota	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Bienestar emocional	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Dental blueU Smart	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Cuídate en casa	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Farmacia	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Fisioterapia a domicilio	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Asistencia en viaje en el extranjero	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Reembolsos infantiles	01 / /	_____

Firma del Tomador/Asegurado \_\_\_\_\_ Firma del Mediador \_\_\_\_\_

Fecha: día [ ] mes [ ] año [ ] [ ] [ ] [ ]

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 el Documento de información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud.



Parte de Bupa

# DATOS DEL ASEGURADO

## Cuestionario de salud

- Nueva póliza  Cambio de póliza  
 Inclusión de asegurado en póliza  Inclusión de complemento en asegurado ya existente

### A rellenar por Sanitas

Nº de Solicitud: \_\_\_\_\_ Nº de póliza: \_\_\_\_\_  
**Nombre y apellidos del tomador o razón social\*:** \_\_\_\_\_

### Responder por el asegurado nº

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer  
 Fecha de nacimiento: día [ ] mes [ ] año [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Parentesco con el primer asegurado: \_\_\_\_\_  
 Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Fecha de efecto solicitada: [0] [1] mes [ ] [ ] año [ ] [ ] [ ] [ ]  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Nº documento: \_\_\_\_\_  NIF  Pasaporte  NIE  Documento Nacional de Identidad (ciudadanos de la UE)  
 ¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o Bupa anteriormente?  Sí  No Nº de póliza anterior: \_\_\_\_\_  
 ¿Procede usted de otra compañía aseguradora?  Sí  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### Cuestionario de salud

Peso: \_\_\_\_\_ kgs. Estatura: \_\_\_\_\_ cms.

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico?  Sí  No  
 Detallar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2. ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente?  Sí  No  
 Detallar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 3. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?  Sí  No  
 Detallar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 4. ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada?  Sí  No  
 Detallar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Complementos contratables por el asegurado

¿Desea contratar alguno de los siguientes complementos? (solo si el producto lo permite)	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Óptica	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos (capital asegurado) €	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Renta (subsido hospitalización)	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Accidentes (Indicar profesión del asegurado): _____	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	01 / /	_____
Complemento digital bluaU Smart (seleccione al menos 2 coberturas)	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Ayuda económica ante imprevistos	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Protección por desempleo	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Cuidamos de tu mascota	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Bienestar emocional	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Dental bluaU Smart	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Cuídate en casa	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Farmacia	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Fisioterapia a domicilio	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Asistencia en viaje en el extranjero	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Reembolsos infantiles	01 / /	_____

Firma del Tomador/Asegurado

Firma del Mediador

Fecha: día [ ] mes [ ] año [ ] [ ] [ ] [ ]

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 el Documento de información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud.



Parte de Bupa

# DATOS DEL ASEGURADO

## Cuestionario de salud

- Nueva póliza  Cambio de póliza  
 Inclusión de asegurado en póliza  Inclusión de complemento en asegurado ya existente

### A rellenar por Sanitas

Nº de Solicitud: \_\_\_\_\_ Nº de póliza: \_\_\_\_\_  
**Nombre y apellidos del tomador o razón social\*:** \_\_\_\_\_

### Responder por el asegurado nº

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento: día [ ] mes [ ] año [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Parentesco con el primer asegurado: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Fecha de efecto solicitada: [0] [1] mes [ ] [ ] año [ ] [ ] [ ] [ ]

E-mail: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Nº documento: \_\_\_\_\_  NIF  Pasaporte  NIE  Documento Nacional de Identidad (ciudadanos de la UE)

¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o Bupa anteriormente?  Sí  No Nº de póliza anterior: \_\_\_\_\_

¿Procede usted de otra compañía aseguradora?  Sí  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### Cuestionario de salud

Peso: \_\_\_\_\_ kgs. Estatura: \_\_\_\_\_ cms.

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico?  Sí  No

**Detallar en caso afirmativo:** \_\_\_\_\_

2. ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente?  Sí  No

**Detallar en caso afirmativo:** \_\_\_\_\_

3. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?  Sí  No

**Detallar en caso afirmativo:** \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada?  Sí  No

**Detallar en caso afirmativo:** \_\_\_\_\_

### Complementos contratables por el asegurado

**¿Desea contratar alguno de los siguientes complementos? (solo si el producto lo permite)**

- | ¿Desea contratar alguno de los siguientes complementos? (solo si el producto lo permite) | Fecha de efecto | Código de producto<br>A rellenar por Sanitas |
|--|-----------------|--|
| <input type="checkbox"/> Óptica  | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Reembolso de gastos (capital asegurado) €                       | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Renta (subsidió hospitalización)                                | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Accidentes (Indicar profesión del asegurado):                   | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____  | 01 / /          | _____  |

**Complemento digital blueU Smart (seleccione al menos 2 coberturas)**

- | Complemento digital blueU Smart (seleccione al menos 2 coberturas) | Fecha de efecto | Código de producto<br>A rellenar por Sanitas |
|--|-----------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ayuda económica ante imprevistos          | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Protección por desempleo                  | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Cuidamos de tu mascota                    | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Bienestar emocional                       | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Dental blueU Smart                        | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Cuídate en casa                           | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Farmacia                                  | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia a domicilio                  | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Asistencia en viaje en el extranjero      | 01 / /          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Reembolsos infantiles                     | 01 / /          | _____  |

Firma del Tomador/Asegurado

Firma del Mediador

Fecha: día [ ] mes [ ] año [ ] [ ] [ ] [ ]

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 el Documento de información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud.