



PARTE DE **Bupa**

SOLICITUD DE SEGURO

Fecha de efecto solicitada: 01 mes ____ año ____ Número de asegurados a incluir: _____

Nombre del producto a contratar: _____

- Nueva póliza Inclusión complemento para todos los asegurados en póliza ya existente
- Cambio de póliza En caso de cambio de póliza, nº de póliza anterior: _____

A rellenar por Sanitas

Nº de Solicitud: _____ Código Plan: _____ Nº de póliza: _____ Barra: _____ Departamento: _____

Oficina: _____ Código de Gestor: _____ Código de Empleado: _____

A rellenar por el mediador

Nombre y apellidos / Razón social: _____

Tipo mediador: Agente Cód. Agencia: _____ Nº de registro en la DGS: _____

Corredor Cód. Mediador Sanitas: _____ Nº de registro en la DGS: _____

Datos del tomador del seguro

Nombre y apellidos / Razón social: _____ Sexo: Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: día ____ mes ____ año ____ Nacionalidad: _____

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

Teléfono móvil: _____ Teléfono 2: _____

Empresa: _____ E-mail: _____

Datos bancarios

IBAN: ____ Cuenta corriente: ____ BIC: _____

Frecuencia de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Domicilio del tomador

Calle: _____ Nº: _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____

Municipio: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

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: _____

Contratación de complementos (para todos los asegurados)

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

Complemento	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Digital	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Dental	01 / /	_____
Modalidad: _____	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Clínica Universidad de Navarra	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Farmacia	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Accidentes de tráfico/laborales	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	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. Otorgo mi consentimiento al mandato de domiciliación bancaria de la prima de seguro y al tratamiento de datos personales en los términos establecidos igualmente al dorso de esta página.



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** (sólo si el producto lo permite)

Complemento	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 / /	_____

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 (sólo si el producto lo permite)

Complemento	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 / /	_____

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.