

Nombre del producto a contratar:

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 _____

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre _____
 NIF/CIF Pasaporte Hombre Mujer eMail _____
 Tarjeta de residencia Fecha de nacimiento _____ día _____ mes _____ año Empresa _____

DOMICILIO DEL TOMADOR

Calle _____ Nº: _____
 Bloque _____ Escalera _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____
 C.P. _____ Provincia _____ C.P. _____ Provincia _____
 Teléfono: _____ Trabajo _____ Móvil _____
 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 _____ C.P. _____ Provincia _____
 Teléfono: _____ Trabajo _____ Móvil _____
 Domicilio _____ Trabajo _____ Móvil _____

ENVIAR DOCUMENTACIÓN Y TARJETAS A:

DATOS BANCARIOS DEL TOMADOR DEL SEGURO PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA

Calle _____ Nº: _____
 Bloque _____ Escalera _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____
 C.P. _____ Provincia _____ C.P. _____ Provincia _____
 Teléfono: _____ Trabajo _____ Móvil _____
 Domicilio _____ Trabajo _____ Móvil _____
 Entidad _____ Oficina _____ D.C. _____ Nº de Cuenta _____ email _____
 Frecuencia de pago Anual Semestral Trimestral Mensual

DATOS SOBRE EL/LOS ASEGURADO/S

Asegurados	Apellidos y nombre	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento	NIF/CIF/Passaporte/T.R. Tel. móvil	email	Profesión
Nº 1 (a)							
Nº 2							
Nº 3							
Nº 4							

CONTRATACIÓN DE SUPLEMENTOS:

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

PARA TODOS LOS ASEGURADOS:
 Dental Farmacia Asistencia en Estados Unidos Garantía de Accidentes de tráfico/laborales Otros _____

PARA EL TOMADOR DEL SEGURO:
 Garantía IT (solicitud complementaria) Otros _____

PARA LOS ASEGURADOS SELECCIONADOS:
 Reembolso de gastos Reembolso Ginecología y Pediatría Sport (medicina deportiva, solo en provincias comercializables) Renta (subsido hospitalización) Otros _____

EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE A CUALQUIERA DE LAS TRES PREGUNTAS SIGUIENTES, RELLENE POR FAVOR EL CUESTIONARIO ADICIONAL.

INCLUSIÓN DE UN RECIÉN NACIDO Asegurado nº: _____ Nombre y apellidos de la madre: _____
 ¿Es prematuro? Sí No ¿Ha requerido o requiere asistencia sanitaria especial? Sí No ¿Presenta alguna enfermedad congénita? Sí No

DECLARACIÓN DE ENFERMEDADES GRAVES

DECLARACIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES

¿Ha sido diagnosticado o ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?
 Multiple: Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias, Diabetes Mellitus, Obesidad Mórbida, Arterioesclerosis, Cardiopatía Isquémica, del Ritmo Cardíaco, y Valvulor, Enf. Hipertensiva Maligna, Fibrosis pulmonar, Enf. Pulmonar Obstruccion Crónica, Enf. Cerebrovasculares, Insuficiencia Renal Crónica, Hepatopatía Crónica, Colitis Ulcerosa, Enf. de Crohn, Esquizofrenia, Trastornos Bipolares, Artritis Reumatoide, Distrofias Musculares, Lupus Sistémico, Dermatomiositis, Espondilitis Anquilopoyética, Hemofilia, Anemia Falciforme, Cirugía con implantación de Prótesis, Traspantes, SIDA

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Los datos del tomador/asegurado serán comunicados respectivamente a los profesionales sanitarios, centros, clínicas, hospitales y entidades con las que mantenga relaciones de colaboración, reassurance o de colaboración, para la correcta prestación del servicio, ejecución y cumplimiento del seguro, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos y para la prestación del servicio, ejecución y cumplimiento de los programas de salud y bienestar que pueda tener SANITAS y para la selección de las reaseguradoras contratadas por los asegurados. Con el objeto de...

Los datos del tomador/asegurado serán comunicados respectivamente a los profesionales sanitarios, centros, clínicas, hospitales y entidades con las que mantenga relaciones de colaboración, reassurance o de colaboración, para la correcta prestación del servicio, ejecución y cumplimiento del seguro, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos y para la prestación del servicio, ejecución y cumplimiento de los programas de salud y bienestar que pueda tener SANITAS y para la selección de las reaseguradoras contratadas por los asegurados. Con el objeto de...

Si no desea recibir información comercial de SANITAS, marque en esta casilla . Si no desea recibir información comercial de otras entidades relacionadas con SANITAS marque esta casilla . Si no desea que se cedan datos a otras compañías relacionadas con SANITAS para el envío por las mismas de información comercial, marque esta casilla .

Firma del Tomador / asegurado _____ Firma del Agente/Compañía _____

Observaciones sobre contratación de franquicias (a rellenar por Sanitas) _____

Fecha: _____ a _____ de _____ de _____