



PARTE DE **Bupa**

SOLICITUD DE SEGURO

Fecha de efecto solicitada: 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 Corredor Cód. Agencia: Nº de registro en la DGS:
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	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Modalidad: <input type="text"/>	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Clínica Universidad de Navarra	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Accidentes de tráfico/laborales	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>

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**

SOLICITUD DE INCLUSIÓN

Cuestionario de salud

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.