



# SOLICITUD DE SEGURO

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: \_\_\_\_\_

**A rellenar por el mediador**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nº registro en la DGS: \_\_\_\_\_

**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/CIF  Pasaporte  Tarjeta de residencia Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento  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 Y TARJETAS A:

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: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  NIF  CIF  Pasaporte  T.R.:

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: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  NIF  CIF  Pasaporte  T.R.:

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 (familiar)
- Garantía de Accidentes de tráfico/laborales
- Otros \_\_\_\_\_

### PARA LOS ASEGURADOS SELECCIONADOS:

- |                                      |                          |                          |             |                          |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
|                                      | A1                       | A2                       |             | A1                       | A2                       |
| Reembolso de gastos                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Indicar capital asegurado: _____ €   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |                          |                          |
| Reembolso de Ginecología y Pediatría | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |                          |                          |
| Óptica                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |                          |                          |
| Accidentes                           |                          |                          |             |                          |                          |
| Indicar capital asegurado: _____ €   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |                          |                          |
| Renta (subsidió hospitalización)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |                          |                          |
| Medicina Alternativa                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |                          |                          |

### PARA EL TOMADOR DEL SEGURO:

- Garantía de IT
- Otros \_\_\_\_\_

Firma del Tomador/Asegurado	Firma del Mediador
-----------------------------	--------------------

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en esta solicitud y reconozco haber recibido la información previa a la contratación del seguro que consta al dorso. Otorgo mi consentimiento al mandato de domiciliación bancaria de la prima de seguro y al tratamiento de datos personales establecido igualmente al dorso.

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 .

Fecha: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**(El Tomador reconoce con su firma en el anverso de su solicitud de Seguro haber sido informado en la fecha de la misma de lo indicado a continuación en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre y de los artículos 104 a 107 de su Reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 2486/1998).**

#### LEGISLACIÓN APLICABLE:

Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro; Real Decreto Legislativo 6/2004, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo. (R.D. nº 2486/98 de 20 de Noviembre).

#### ENTIDAD ASEGURADORA:

SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, con domicilio social en la C/ Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid, España), correspondiendo a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad el control y supervisión de su actividad.

#### COMUNICACIONES A DISTANCIA

Sanitas una vez aceptada en su caso la presente solicitud de seguro, remitirá un correo electrónico al Tomador de la póliza, a la dirección de correo por éste facilitada en la presente solicitud. En dicho correo electrónico figurará un enlace que le permitirá acceder a las condiciones generales y particulares de su póliza de seguro. Es imprescindible que proceda a su aceptación, así como a la activación de su tarjeta de Asegurado, para poder hacer uso con plenas garantías, de los servicios objeto de cobertura por la póliza contratada. A tal fin, y con objeto de garantizar la plena seguridad y validez jurídica de las comunicaciones, el Tomador, con carácter previo a efectuar dicha aceptación, deberá seguir las instrucciones facilitadas por SANITAS para proceder a su registro en la web y elegir una clave identificativa de seguridad.

Una vez haya obtenido 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 haciendo clic sobre los recuadros específicamente dispuestos a tal efecto, equiparándose dicha acción a la firma respectiva de los citados condicionados. El Tomador podrá descargarse dichos archivos, sin perjuicio de poder solicitar a SANITAS el envío de la mencionada documentación contractual en soporte papel.

El Tomador acepta equiparar jurídicamente su firma autógrafa y la clave identificativa ya indicada. Será responsabilidad del Tomador mantener en secreto y custodiar diligentemente su clave identificativa de seguridad, adoptando las medidas razonables para protegerla y evitar el acceso a la misma por parte de terceros. En este sentido, el Tomador se compromete expresamente a no revelar ni facilitar su clave identificativa de seguridad a otras personas y a mantenerla en lugar seguro, comunicando a SANITAS inmediatamente en caso de que se produzca su pérdida o sustracción. Mientras no se realice esta comunicación, será responsabilidad del Tomador cualquier operación realizada con su clave identificativa de seguridad.

El Tomador autoriza a SANITAS a que pueda grabar las comunicaciones telefónicas, pudiendo emplearse en ese caso las citadas grabaciones, como medio de prueba para cualquier procedimiento judicial o arbitral que entre ambas partes se pudiera plantear directa o indirectamente. En cumplimiento de la normativa aplicable y como medida de seguridad jurídica para ambas partes, SANITAS grabará los registros informáticos y telemáticos que se hayan generado por razón del acceso al servicio de SANITAS.

El Tomador acepta la plena validez y eficacia de cualquier notificación remitida por SANITAS a la dirección física o electrónica o al teléfono del Tomador facilitada por éste en el momento de realizar la solicitud de seguro, mientras no comunique un cambio de la misma.

El Tomador autoriza a SANITAS a que utilice su número de teléfono móvil y su correo electrónico para remitirle todas las notificaciones, comunicaciones e información relacionada con su póliza, siempre que la ley lo permita, por medios electrónicos.

El Tomador dará traslado de los términos acordados e indicados en los párrafos anteriores, a aquellos Asegurados de la póliza que deseen en su caso registrarse y obtener su propia clave identificativa de seguridad, aceptando tanto en su propio nombre como en el de dichos Asegurados, la plena validez jurídica de dichos términos.

En los casos en que el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia distinta de la electrónica, telemática o informática, el Tomador hará llegar la solicitud de seguro al Asegurador debidamente cumplimentada. Posteriormente, el Asegurador enviará al Tomador la documentación de la póliza, cuya copia deberá ser firmada por éste y devuelta al Asegurador.

En cualquier momento de la relación contractual, el Tomador tendrá derecho a obtener las condiciones contractuales en papel y a cambiar las técnicas de comunicación a distancia utilizadas para la celebración del contrato de seguro.

#### INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN:

En caso de cualquier tipo de reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derecho habientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución: al Departamento de Gestión de Reclamaciones de SANITAS, -mediante escrito dirigido a la calle Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid) o al fax nº 91 585 24 80 o a la dirección de correo electrónico [reclamaciones@sanitas.es](mailto:reclamaciones@sanitas.es), o a través de Mi Sanitas <https://www.sanitas.es/misanitas/online/clientes/contacto/index.html> y acusaremos recibo por escrito, resolviendo igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación.

- Una vez agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por el Asegurador en los siguientes casos:
  - Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza. No podrán someterse al Defensor del Asegurado las reclamaciones que versen sobre la actuación personal o profesional de los médicos, hospitales servicios médicos en general que presten atención médica a los Asegurados.
  - Cuando aún estando fuera de los anteriores supuestos, así lo acepte el Asegurador. Para reclamar ante el Defensor del Asegurado el reclamante deberá dirigir un escrito al apartado de correos n.º 50.072 (28080 Madrid) exponiendo los motivos de su reclamación. A la vista del mismo, el Defensor acusará recibo por escrito y se declarará o no competente. Si se declara competente, una vez estudiada la reclamación, dictará -dentro del plazo máximo legal de dos meses computados desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Asegurador- una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como al Asegurador, para quien resultará vinculante.
- También, podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación 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.
- En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes, que serán los del domicilio del Asegurado.

## 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.**

## TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL TOMADOR Y ASEGURADOS

SANITAS S.A. DE SEGUROS (en adelante SANITAS), se obliga a conservar de forma confidencial los datos que en cada momento le sean facilitados por los Tomadores o beneficiarios. El solicitante declara que la información que ha facilitado es cierta y que no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada una de las personas incluidas en la póliza. 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.

El solicitante consiente expresamente en que todos los datos personales relativos al Tomador y Asegurados sean incorporados a ficheros de SANITAS para la efectividad y mantenimiento de las relaciones entre las partes, la prevención del fraude, el ofrecimiento de programas asistenciales integrales, el conocimiento de los motivos de rechazo de esta solicitud o baja de la póliza, el ofrecimiento de programas de retención y el envío, por cualquier medio incluidos los móviles o electrónicos, de información contractual o de servicio, notificaciones, publicidad u otras ofertas propias o de terceros relacionados con SANITAS que pudieran resultar de su interés, autorizando a SANITAS a tratar sus datos para enviarle información relacionada con dichos fines.

Los datos del Tomador/Asegurado serán comunicados recíprocamente a los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y entidades con las que mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o de colaboración, para la correcta prestación del servicio, ejecución y cumplimiento del seguro, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude, ofrecimiento de los programas integrales asistenciales que pueda tener SANITAS y para la atención de

las reclamaciones presentadas por los Asegurados. Con el objeto de prevenir el fraude, los Asegurados consienten expresamente en que sean conservados por SANITAS los datos necesarios para este fin aunque se haya extinguido la relación. Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto.

Asimismo, los Asegurados autorizan expresamente la cesión de sus datos identificativos básicos a empresas del Grupo Sanitas que constan identificadas en [www.sanitas.es](http://www.sanitas.es), relacionadas con productos y servicios financieros, socio-sanitarios y/o de salud y bienestar para el envío de información comercial de las mismas.

El Tomador manifiesta que cuenta con el consentimiento de los Asegurados tanto para que por el Tomador se den sus datos personales a SANITAS como para que SANITAS facilite al Tomador la información identificativa sobre los servicios médicos de los Asegurados cubiertos por la póliza, salvo que por parte del Tomador se libere por escrito a SANITAS de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los Asegurados. El Tomador se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados de la póliza la inclusión de sus datos en los ficheros anteriormente mencionados y el tratamiento que de los mismos pretende realizar SANITAS para que puedan ejercitar ante la misma los derechos que estimen convenientes.

Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos previos en la mencionada legislación, pueden ser ejercitados en la sede de la entidad, calle Ribera del Loira, 52, 28042 Madrid, Dpto. de Atención al Cliente.

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.

### 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).

<b>SÍ NO</b>	<b>SÍ NO</b>	<b>SÍ NO</b>	<b>SÍ NO</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Procesos oncológicos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatopatía o pancreatitis crónica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patología endocrino-metabólica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades desmielinizantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica, del ritmo cardiaco, valvular o miocardiopatías	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos bipolares
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad hipertensiva maligna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios: anorexia o bulimia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide o psoriásica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trasplantes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patología intramedular o intracraneal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria crónica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Distrofias musculares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paraplejias, hemiplejias o tetraplejias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus sistémico	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dermatomiositis	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Espondilitis anquilopoyética	
		<input type="checkbox"/> <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).

<b>SÍ NO</b>	<b>SÍ NO</b>	<b>SÍ NO</b>	<b>SÍ NO</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Procesos oncológicos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatopatía o pancreatitis crónica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patología endocrino-metabólica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades desmielinizantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica, del ritmo cardiaco, valvular o miocardiopatías	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos bipolares
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad hipertensiva maligna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios: anorexia o bulimia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide o psoriásica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trasplantes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patología intramedular o intracraneal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria crónica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Distrofias musculares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paraplejias, hemiplejias o tetraplejias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus sistémico	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dermatomiositis	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Espondilitis anquilopoyética	
		<input type="checkbox"/> <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  ¿Ha requerido o requiere asistencia sanitaria especial?

SÍ  NO  ¿Presenta alguna enfermedad congénita?

#### Recién nacido Asegurado Nº 2

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 \_\_\_\_\_