Sanitas

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
☐ Digital	01 / /	
☐ Dental		
Modalidad:	01 / /	
☐ Clínica Universidad de Navarra	01 / /	
☐ Farmacia	01 / /	
☐ Accidentes de tráfico/laborales	01 / /	
☐ 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.

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, 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 derechohabiente 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, 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 encontrase 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 cardiacas 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 cardiaca; 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
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 de Datos

- Responsable: SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS (Sanitas), con domicilio social en la C/ Ribera del Loira, 52, 28042 Madrid, España.
- Finalidad: Los datos personales que aporta el Solicitante relativos al Tomador y Asegurados, incluyendo sus datos de salud, se tratarán con las siguientes finalidades: Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro; Prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro pudiendo a tal fin solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información referente a su salud; Investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro; Ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención (servicio de promoción de salud) objeto del contrato de seguro; Gestión del riesgo actuarial con el fin, entre otros, de determinar la tarifa adecuada en cada caso; Cumplimiento de obligaciones que le correspondan a Sanitas por mandato legal, entre otras, aquellas relativas a la normativa de seguros, leyes tributarias y normativa de protección de datos; Análisis de sus intereses y necesidades con base en los datos proporcionados por usted, incluyendo pero sin limitarse a sus datos de salud, aquellos datos personales que se hayan generado como consecuencia del servicio prestado por Sanitas y aquellos que se hayan obtenido por otros medios; Envío de comunicaciones comerciales por cualquier canal, incluido por vía electrónica; Llevar a cabo procedimientos de anonimización y seudoanonimización de sus datos personales; Ceder sus datos personales a empresas dentro del grupo con fines comerciales y fines de investigación científica y/o estadística así como a terceras empresas colaboradoras con fines comerciales.
- Legitimación: Ejecución del contrato, cumplimiento de obligaciones legales, interés legítimo, fines de investigación científica y/o estadística y consentimiento tal y como se detalla en la Información Adicional.
- Destinatarios: Empresas del Grupo y terceras empresas colaboradoras. Además de lo anterior, encargados del tratamiento cuya transferencia internacional se basa en la autorización de la Directora de la Agencia Española de Protección de Datos y/o en Cláusulas Contractuales Tipo.
- Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la Información Adicional.
- Información adicional: encontrará información en relación al tratamiento de sus datos personales en https://www.sanitas.es/RGPD.html

La falta de aceptación de los tratamientos que se incluyen a continuación no condiciona la solicitud o el contrato de seguro con Sanitas. Salvo que indique lo contrario marcando alguna de las siguientes opciones, con la firma de la presente claúsula el Solicitante consiente que SANITAS pueda realizar cada uno de los siguientes tratamientos 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 el seguro.

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 mi 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.

Firma del Tomador/Asegurado

Fecha: ___ ___ (día) ___ ___ (mes) ___ ___ ___ ___ (año)

Sanitas

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: 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.

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
☐ Óptica	01 / /	
☐ Reembolso de gastos Capital asegurado: €	01 / /	
☐ Renta (subsidio hospitalización)	01 / /	
☐ Accidentes (Indicar profesión del asegurado):	01 / /	
☐ 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.

Sanitas

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: 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.

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
☐ Óptica	01 / /	
☐ Reembolso de gastos Capital asegurado: €	01 / /	
☐ Renta (subsidio hospitalización)	01 / /	
☐ Accidentes (Indicar profesión del asegurado):	01 / /	
☐ 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.