



DATOS DEL ASEGURADO

Cuestionario de salud

- ☐ Nueva póliza ☐ Cambio de póliza
☐ Inclusión de asegurado en póliza ☐ Inclusión de complemento en asegurado ya existente

Parte de Bupa

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:** 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

1. Peso: kgs. Estatura: cms.
2. ¿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: _____
3. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido intervenido quirúrgicamente o tiene previsto serlo próximamente? ☐ Sí ☐ No
Detallar en caso afirmativo: _____
4. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o seguimiento médico? ☐ Sí ☐ No
Detallar en caso afirmativo: _____
5. ¿Se ha realizado recientemente alguna prueba médica o tiene previsto realizarla? ☐ Sí ☐ No
Detallar en caso afirmativo: _____
6. ¿Tiene algún síntoma o dolor no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? ☐ Sí ☐ No
Detallar en caso afirmativo: _____

Preguntas a efectos estadísticos

Si así lo desea, puede responder las siguientes preguntas de forma voluntaria. La ausencia de respuesta no afecta a la validez de su solicitud de seguro.

1. ¿Es fumador actual o ha fumado hace menos de un año más de 20 cigarillos al día? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Consume más de 4 unidades de bebidas alcoholicas al día? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Cómo calificaría su calidad de sueño?
☐ Buena, me despierto descansado y es reparador
☐ Regular, depende del día
☐ Malo, no me despierto descansado o considero que es insuficiente

Complementos contratables por el asegurado

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

Fecha de efecto

Código de producto
A rellenar por Sanitas

- ☐ Óptica
- ☐ Reembolso de gastos (capital asegurado) €
- ☐ Renta (subsido hospitalización)
- ☐ Accidentes (Indicar profesión del asegurado):
- ☐ Otros:

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.



- ☐ Nueva póliza
- ☐ Cambio de póliza
- ☐ Inclusión de asegurado en póliza
- ☐ Inclusión de complemento en asegurado ya existente

Nº de Solicitud:	Nº de póliza:
Nombre y apellidos del tomador o razón social*:	

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?:** _____

1. Peso: kgs. Estatura: cms.

2. ¿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:

3. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido intervenido quirúrgicamente o tiene previsto serlo próximamente? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

4. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o seguimiento médico? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

5. ¿Se ha realizado recientemente alguna prueba médica o tiene previsto realizarla? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

6. ¿Tiene algún síntoma o dolor no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

Si así lo desea, puede responder las siguientes preguntas de forma voluntaria. La ausencia de respuesta no afecta a la validez de su solicitud de seguro.

1. ¿Es fumador actual o ha fumado hace menos de un año más de 20 cigarillos al día?
- ☐ Sí ☐ No
2. ¿Consumes más de 4 unidades de bebidas alcohólicas al día?
- ☐ Sí ☐ No
3. ¿Cómo calificaría su calidad de sueño?
- ☐ Buena, me despierto descansado y es reparador
- ☐ Regular, depende del día
- ☐ Malo, no me despierto descansado o considero que es insuficiente

¿Desea contratar alguno de los siguientes complementos? (solo si el producto lo permite)		Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
☐ Óptica		01 / /	
☐ Reembolso de gastos (capital asegurado)	€	01 / /	
☐ Renta (subsido hospitalización)		01 / /	
☐ Accidentes (Indicar profesión del asegurado):		01 / /	
☐ Otros:		01 / /	

Firma del Mediador

Fecha: día mes año

Pág. nº
A rellenar por asegurado nº



DATOS DEL ASEGURADO

Cuestionario de salud

- ☐ Nueva póliza ☐ Cambio de póliza
☐ Inclusión de asegurado en póliza ☐ Inclusión de complemento en asegurado ya existente

Parte de Bupa

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

1. Peso: kgs. Estatura: cms.

2. ¿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:

3. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido intervenido quirúrgicamente o tiene previsto serlo próximamente? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

4. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o seguimiento médico? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

5. ¿Se ha realizado recientemente alguna prueba médica o tiene previsto realizarla? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

6. ¿Tiene algún síntoma o dolor no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

Preguntas a efectos estadísticos

Si así lo desea, puede responder las siguientes preguntas de forma voluntaria. La ausencia de respuesta no afecta a la validez de su solicitud de seguro.

1. ¿Es fumador actual o ha fumado hace menos de un año más de 20 cigarillos al día? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Consume más de 4 unidades de bebidas alcoholicas al día? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Cómo calificaría su calidad de sueño?
☐ Buena, me despierto descansado y es reparador
☐ Regular, depende del día
☐ Malo, no me despierto descansado o considero que es insuficiente

Complementos contratables por el asegurado

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

- ☐ Óptica
- ☐ Reembolso de gastos (capital asegurado) €
- ☐ Renta (subsido hospitalización)
- ☐ Accidentes (Indicar profesión del asegurado):
- ☐ Otros:

Fecha de efecto

01 / /

01 / /

01 / /

01 / /

01 / /

Código de producto
A rellenar por Sanitas

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.



DATOS DEL ASEGURADO

Cuestionario de salud

- ☐ Nueva póliza ☐ Cambio de póliza
☐ Inclusión de asegurado en póliza ☐ Inclusión de complemento en asegurado ya existente

Parte de Bupa

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

1. Peso: kgs. Estatura: cms.

2. ¿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:

3. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido intervenido quirúrgicamente o tiene previsto serlo próximamente? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

4. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o seguimiento médico? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

5. ¿Se ha realizado recientemente alguna prueba médica o tiene previsto realizarla? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

6. ¿Tiene algún síntoma o dolor no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

Preguntas a efectos estadísticos

Si así lo desea, puede responder las siguientes preguntas de forma voluntaria. La ausencia de respuesta no afecta a la validez de su solicitud de seguro.

1. ¿Es fumador actual o ha fumado hace menos de un año más de 20 cigarillos al día? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Consume más de 4 unidades de bebidas alcoholicas al día? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Cómo calificaría su calidad de sueño?
☐ Buena, me despierto descansado y es reparador
☐ Regular, depende del día
☐ Malo, no me despierto descansado o considero que es insuficiente

Complementos contratables por el asegurado

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

- ☐ Óptica
- ☐ Reembolso de gastos (capital asegurado) €
- ☐ Renta (subsido hospitalización)
- ☐ Accidentes (Indicar profesión del asegurado):
- ☐ Otros:

Fecha de efecto

01 / /

01 / /

01 / /

01 / /

01 / /

Código de producto
A rellenar por Sanitas

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.



DATOS DEL ASEGURADO

Cuestionario de salud

- ☐ Nueva póliza ☐ Cambio de póliza
☐ Inclusión de asegurado en póliza ☐ Inclusión de complemento en asegurado ya existente

Parte de Bupa

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

1. Peso: kgs. Estatura: cms.

2. ¿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:

3. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido intervenido quirúrgicamente o tiene previsto serlo próximamente? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

4. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o seguimiento médico? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

5. ¿Se ha realizado recientemente alguna prueba médica o tiene previsto realizarla? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

6. ¿Tiene algún síntoma o dolor no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

Preguntas a efectos estadísticos

Si así lo desea, puede responder las siguientes preguntas de forma voluntaria. La ausencia de respuesta no afecta a la validez de su solicitud de seguro.

1. ¿Es fumador actual o ha fumado hace menos de un año más de 20 cigarillos al día? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Consume más de 4 unidades de bebidas alcoholicas al día? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Cómo calificaría su calidad de sueño?
☐ Buena, me despierto descansado y es reparador
☐ Regular, depende del día
☐ Malo, no me despierto descansado o considero que es insuficiente

Complementos contratables por el asegurado

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

- ☐ Óptica
- ☐ Reembolso de gastos (capital asegurado) €
- ☐ Renta (subsido hospitalización)
- ☐ Accidentes (Indicar profesión del asegurado):
- ☐ Otros:

Fecha de efecto

01 / /

01 / /

01 / /

01 / /

01 / /

Código de producto
A rellenar por Sanitas

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.



DATOS DEL ASEGURADO

Cuestionario de salud

- ☐ Nueva póliza ☐ Cambio de póliza
☐ Inclusión de asegurado en póliza ☐ Inclusión de complemento en asegurado ya existente

Parte de Bupa

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

1. Peso: kgs. Estatura: cms.

2. ¿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:

3. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido intervenido quirúrgicamente o tiene previsto serlo próximamente? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

4. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o seguimiento médico? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

5. ¿Se ha realizado recientemente alguna prueba médica o tiene previsto realizarla? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

6. ¿Tiene algún síntoma o dolor no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? ☐ Sí ☐ No

Detallar en caso afirmativo:

Preguntas a efectos estadísticos

Si así lo desea, puede responder las siguientes preguntas de forma voluntaria. La ausencia de respuesta no afecta a la validez de su solicitud de seguro.

1. ¿Es fumador actual o ha fumado hace menos de un año más de 20 cigarrillos al día? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Consume más de 4 unidades de bebidas alcoholicas al día? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Cómo calificaría su calidad de sueño?
☐ Buena, me despierto descansado y es reparador
☐ Regular, depende del día
☐ Malo, no me despierto descansado o considero que es insuficiente

Complementos contratables por el asegurado

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

- ☐ Óptica
- ☐ Reembolso de gastos (capital asegurado) €
- ☐ Renta (subsido hospitalización)
- ☐ Accidentes (Indicar profesión del asegurado):
- ☐ Otros:

Fecha de efecto

01 / /

01 / /

01 / /

01 / /

01 / /

Código de producto
A rellenar por Sanitas

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.