



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

RELLENAR SÓLO LOS CAMPOS MARCADOS EN AMARILLO

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

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

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

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

Fecha de efecto

/ /

Código de producto
A rellenar por Sanitas

Fecha de efecto

/ /

Código de producto
A rellenar por Sanitas

- Ayuda económica ante imprevistos
- Protección por desempleo
- Cuidamos de tu mascota
- Bienestar emocional
- Dental blueU Smart
- Cuídate en casa
- Farmacia
- Fisioterapia a domicilio
- Asistencia en viaje en el extranjero
- Reembolsos infantiles

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.