



DATOS DEL ASEGURADO

Cuestionario de salud



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

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: 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

¿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 (subsídio hospitalización)	01 / /	
☐ Accidentes (Indicar profesión del asegurado):	01 / /	
☐ Otros:	01 / /	

Complemento digital blueU Smart (seleccione al menos 2 coberturas)	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
☐ Ayuda económica ante imprevistos	01 / /	
☐ Protección por desempleo	01 / /	
☐ Cuidamos de tu mascota	01 / /	
☐ Bienestar emocional	01 / /	
☐ Dental blueU Smart	01 / /	
☐ Cuídate en casa	01 / /	
☐ Farmacia	01 / /	
☐ Fisioterapia a domicilio	01 / /	
☐ Asistencia en viaje en el extranjero	01 / /	
☐ Reembolsos infantiles	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.