







PARTE DE **Bupa**

# SOLICITUD DE INCLUSIÓN

## Cuestionario de salud

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
<input type="checkbox"/> Óptica	<u>01</u> / /	_____
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos		_____
Capital asegurado: _____ €	<u>01</u> / /	_____
<input type="checkbox"/> Renta (subsidió hospitalización)	<u>01</u> / /	_____
<input type="checkbox"/> Accidentes		_____
(Indicar profesión del asegurado): _____	<u>01</u> / /	_____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	<u>01</u> / /	_____

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.