Sanitas

Parte de Bupa

SOLICITUD DE SEGURO

Fecha de efecto solicitada: 01 mes ____ año ____ **Número de aseguros 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? (solo si el producto lo permite)	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 obliga-ción 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 derecho habiente 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 elcondicionado 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 Datos

RESPONSABLE:

SANITAS SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS ("Sanitas"), C/ Ribera del Loira, 52, 28042 Madrid, España, tratará los datos personales, incluidos datos personales de salud, del Solicitante, Tomador y Asegurados ("Interesados"). Datos del Delegado de Protección de Datos: dpo@sanitas.es.

FINALIDADES PRINCIPALES Y LEGITIMACIÓN:

Los datos personales de los Interesados, incluyendo sus datos de salud (los Datos Personales), se tratarán con las siguientes finalidades principales.

Análisis de la solvencia económica del Solicitante/Tomador, a través de la consulta a sistemas de ficheros de información crediticia, en base al interés legítimo de Sanitas en poder identificar posibles conductas fraudulentas.

Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro, pudiendo llegar a tomar decisiones automatizadas para gestionar la póliza. Si adquiere la condición de Tomador/Asegurado, prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro pudiendo solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información sobre la salud de los Asegurados, y pudiendo elaborar perfiles con base en los Datos Personales para hacerle llegar información personalizada como consejos que ayuden a cuidar de su salud. Estas dos finalidades del tratamiento están legitimadas en base a su necesidad para la ejecución del contrato de seguro y la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

Investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro, a través de la elaboración de perfiles, a efectos de prevención de salud del Asegurado como parte del objeto del contrato. Tratamiento necesario para la ejecución del contrato de seguro y la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.

Gestión de la prestación del servicio de promoción de salud objeto del contrato de seguro, para lo cual Sanitas, como consecuencia del perfilado realizado con base en los Datos Personales del Asegurado, gestiona la elaboración de planes de salud personalizados, entre otros. Tratamiento necesario para la ejecución del contrato y la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.

Gestión del riesgo actuarial con el fin, entre otros, de determinar la tarifa adecuada en cada caso. Tratamiento necesario para el cumplimiento de la normativa reguladora de las entidades aseguradoras y reaseguradora, y la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

Elaboración de perfiles con base en los Datos Personales de los Interesados, incluyendo sus datos de salud, con fines de mercadotecnia, incluido el envío de comunicaciones comerciales por vía electrónica en base al consentimiento del Interesado, o a su interés legítimo en el caso de ser Tomador o Asegurado. Puede ser necesario el perfilado para la anticipación a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado y así mejorar los servicios, en base al interés legítimo de Sanitas en ofrecer los mejores servicios posibles apoyando al Tomador/Asegurado en el cuidado de su salud, y la necesidad del tratamiento la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

Ceder los Datos Personales, incluidos datos personales de salud, a empresas dentro del grupo con fines de envío de comunicaciones comerciales, incluido por vía electrónica en base, según el caso, al perfil del Interesado, y basándose en su consentimiento previo; y con fines de anticiparse a las necesidades de salud del Interesado, elaborando, las empresas del grupo perfiles y llevando a cabo análisis estadísticos para la mejora de los servicios prestados por las entidades del grupo y poder ofrecérselos al Tomador/Asegurado, en función de sus características particulares, en base al consentimiento otorgado.

Cesión de los Datos Personales, incluidos datos personales de salud, a terceras empresas con fines comerciales pudiendo basarse en el perfil del Interesado, en base al consentimiento otorgado por éste; o con el fin de asegurar la efectividad de las relaciones contractuales con el Interesado (por ej. cesión a entidades reaseguradoras) en base al interés legítimo de Sanitas en gestionar el riesgo asumido, y a la necesidad del tratamiento para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

DESTINATARIOS:

Empresas del Grupo y terceras empresas colaboradoras, tal y como se ha especificado en el apartado anterior, además de Administraciones Públicas y otros cuando así lo requiera la legislación. Además, Terceros prestadores de servicios en calidad de encargados del tratamiento. Algunos se encuentran en países situados fuera del Espacio Económico Europeo, en cuyo caso Sanitas ha adoptado garantías apropiadas. Más información en el apartado Transferencias Internacionales en www.sanitas. es/RGPD.

PROCEDENCIA:

Los Datos Personales proceden de los Interesados, se generan como consecuencia de la prestación del servicio; y proceden de corredores, agentes de seguros o terceros colaboradores.

DERECHOS:

Acceder, rectificar y suprimir los Datos Personales, retirar el consentimiento prestado, oponerse en su caso a la toma de decisiones individuales automatizadas, así como otros derechos, tal y como se explica en la Información Adicional.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Disponible en www.sanitas.es/RGPD. La falta de aceptación de los tratamientos que se incluyen a continuación no condiciona la solicitud o el contrato de seguro con Sanitas. Al marcar la casilla del Sí en alguna de las siguientes opciones, el Solicitante consiente que Sanitas pueda realizar el o los tratamientos allí descritos y sobre los datos que aporta:

Sí ☐ No ☐ Consiento recibir comunicaciones comerciales desde Sanitas Seguros, S.A sobre productos y servicios de (i) entidades del Grupo Sanitas y (ii) de entidades colaboradoras (de los sectores abajo indicados), personalizadas de acuerdo con mis intereses, preferencias e información estadística.

Sí ☐ No ☐ Consiento la cesión de mis datos a entidades del Grupo Sanitas para que puedan enviarme comunicaciones comerciales basadas en mi perfil como cliente.

Sí ☐ No ☐ Consiento la cesión de mis datos a entidades del Grupo Sanitas para su tratamiento, incluyendo el perfilado con fines de investigación médica y estadística, que permitan al Grupo Sanitas (i) llevar a cabo acciones de medicina preventiva y (ii) mejorar la forma en que presta sus servicios.

Más información en www.sanitas.es/RGPD/seguros/consentimientos.

He leído y entiendo la información proporcionada en relación al tratamiento de mis datos personales.

Fecha:

día ⌊_⌋⌊_⌋ mes ⌊_⌋⌊_⌋ año ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Firma del Solicitante/Tomador/Asegurado

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

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	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. 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.

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

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	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. 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.