



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: [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?: _____

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