



Solicitud de Seguro

COLEGIO VETERINARIOS

Nombre del producto a contratar:
MULTISANITAS

A rellenar por Sanitas

Nº de póliza **81378527**

barra **15559**

Fecha de efecto _____ Departamento _____ Código de Agente _____
 Código de 2º Mediador _____ Oficina _____ Código de Inspector _____
 Código de Empleado _____ Nº de Póliza Accidentes _____ Nº de Póliza Renta _____

Datos personales del Tomador del Seguro

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre _____
 NIF/CIF Pasaporte Hombre Mujer Fecha de nacimiento _____ eMail _____
 Tarjeta de residencia _____ Empresa _____

Domicilio del tomador Calle _____ Nº: _____
 Bloque _____ Escalera _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____
 C.P. _____ Provincia _____
 Teléfonos _____
 Domicilio Trabajo Móvil

Domicilio del primer asegurado de la póliza si es distinto del domicilio del tomador
 Calle _____ Nº: _____
 Bloque _____ Escalera _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____
 C.P. _____ Provincia _____
 Teléfonos _____
 Domicilio Trabajo Móvil

Enviar documentación y tarjetas a: Calle _____ Nº: _____
 Bloque _____ Escalera _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____
 C.P. _____ Provincia _____

Datos bancarios del tomador del seguro para domiciliación bancaria
 Entidad _____ Oficina _____ D.C. _____ Nº de Cuenta _____
 Frecuencia de pago
 Anual Semestral
 Trimestral Mensual

Datos a rellenar sobre el/los asegurado/s

Asegurados	Apellidos y nombre	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento	NIF	Tel. móvil	eMail	Profesión (solo necesario para Sanitas Accidentes y Sanitas Autónomos-IT)
Nº 1 (a)								
Nº 2								
Nº 3								
Nº 4								

¿Desea suplemento dental? Sí No
 ¿Es usted o ha sido socio de Sanitas o BUPA anteriormente? Sí No
 ¿Procede usted de otra compañía aseguradora? Sí No
 Accidentes (ver reverso) Sí No
 Renta (ver reverso) Sí No

(a) Si el tomador de la póliza también desea ser asegurado, por favor, indíquelo en la fila de asegurado nº1.

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que **NO** esté incluida en el siguiente listado?
 • Gripe o anginas • Conjuntivitis aguda • Otitis aguda no complicada • Gastroenteritis aguda • Sarampión, rubéola o varicela • Forúnculos • Quistes o fístulas rectales

¿Tiene alguna intervención quirúrgica programada o se le ha practicado alguna intervención que **NO** esté incluida en el siguiente listado?
 • Operación de anginas • Operación de apendicitis • Extracción de las muelas del juicio • Ligadura de trompas o vasectomía • Implantes dentales ya realizados • Quistes y abscesos sebáceos operados
 • Operación de vegetaciones • Parto normal, cesárea • Fimosis operada • Uña encarnada operada • Lipomas operados

En caso de haber contestado afirmativamente a cualquiera de las dos preguntas anteriores, rellene por favor el cuestionario adicional.

Terminos y condiciones

El abajo firmante declara que la información que ha facilitado es cierta y que no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada una de las personas incluidas en este documento. No obstante, faculta a SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, (en adelante SANITAS) para que pueda requerir de médicos, clínicas, hospitales, y por tanto autoriza a éstos a que faciliten a SANITAS los datos sobre la salud de las personas que hayan sido incluidas en la póliza que entienda necesarios para la gestión del seguro, otorgamiento de los programas integrales asistenciales que pueda tener SANITAS para la mejora de su proceso asistencial, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude y para la atención de las reclamaciones presentadas por los propios asegurados. El interesado reconoce que SANITAS se reserva el derecho de aceptación o rechazo, total o parcial, de esta solicitud a los efectos de la contratación del seguro. Asimismo y de conformidad con la LOPD, los asegurados consienten expresamente en que todos los datos personales relativos al Tomador y demás personas incluidas en esta solicitud sean incorporados a ficheros de SANITAS para servir a las actividades propias de esta compañía, la efectividad de las relaciones contractuales, el ofrecimiento de programas asistenciales integrales que les permitan mejorar su salud, el conocimiento de los motivos de baja de la póliza, la prevención del fraude y el envío, por cualquier medio, de publicidad u otras ofertas que pudieran resultar de su interés de la entidad y terceros con los que establezca vínculos de colaboración, autorizándolos a tratar sus datos para enviarle la información que más se adapte a sus necesidades específicas. Con el objeto de prevenir el fraude, los asegurados consienten expresamente en que sean conservados por SANITAS los datos necesarios para este fin aunque se haya extinguido la relación contractual. Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto. Asimismo, los asegurados autorizan expresamente la cesión de dichos datos a empresas del Grupo Sanitas que constan identificadas en www.sanitas.es, relacionadas con productos y servicios financieros, seguros, socio-sanitarios y/o de salud u bienestar, así como al coasegurador y/o reasegurador del riesgo y cualquier otra entidad con la que establezca vínculos de colaboración, para la efectividad de las relaciones contractuales con el asegurado así como para el envío de información comercial de las mismas. El tomador se hace responsable de comunicar a todos los beneficiarios incluidos en la póliza la inclusión de sus datos en los ficheros anteriormente mencionados y el tratamiento que de los mismos pretende realizar SANITAS para que puedan ejercitar ante la misma los derechos que estimen convenientes. El tomador informará a dichos beneficiarios que los datos relativos a servicios médicos que les sean cubiertos por la póliza, les serán comunicados al tomador de la misma salvo que por parte del tomador se libere por escrito a SANITAS de su deber legal de informarlo o sea solicitado por cualquiera de los beneficiarios. El tomador manifiesta que cuenta con el consentimiento de los beneficiarios tanto para que por el tomador se den sus datos personales a SANITAS como para que SANITAS facilite al tomador la información sobre los servicios médicos de los beneficiarios cubiertos por la póliza. Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos previos en la mencionada legislación, pueden ser ejercitados en la sede de la entidad, calle Ribera del Loira 52, 28042 Madrid, Dpto. de Relaciones con Clientes. Si no desea recibir información comercial de Sanitas, marque en esta casilla . Si no desea recibir información comercial de otras entidades con las que Sanitas establezca vínculos de colaboración, marque esta casilla . Si no desea que se cedan datos a otras compañías salvo para la efectividad de las relaciones contractuales, marque esta casilla . En caso de no marcar las anteriores casillas y de no recibir comunicación escrita en el plazo de 45 días a contar desde la fecha de la presente solicitud, entenderemos que está conforme con el envío de publicidad y cesión de datos a otras compañías en los términos indicados.

Firma del tomador / asegurado _____
 Observaciones sobre contratación (a rellenar por Sanitas) _____
 Fecha: _____ a _____ / _____ / _____

PHIB
CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L.
 C.I.F.: B-83096644
 Edificio Nuevas Empresas, Oficina nº 21
 Avda. de Buendía n.º 11
 19005 Guadajajara
 Tfno.: 949 255 577 Fax: 949 218 859
 correduria@phibseguros.com

Ejemplar para Sanitas

Mod. 10/05-09