SANITAS
SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS
CIF: A28/037042
Ribera del Loira, 52
28042 Madrid

SOLICITUD INCLUSIÓN DE BENEFICIARIO

Código de Inspector	
Código de Segundo Mediador	

2591

Número de póliza: _____

Producto en el que solicita la inclusión: _____

DATOS PERSONALES DEL TOMADOR DEL SEGURO

Nombre _____ Primer Apellido _____

Segundo Apellido _____ Sexo: V/M _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono Fijo _____ Teléfono Móvil _____ E-mail _____

Profesión _____ Empresa _____

N.I.F. ☐ Pasaporte ☐ Tarjeta de residencia ☐ _____

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO A INCLUIR

Nombre _____ Primer Apellido _____

Segundo Apellido _____ Sexo: V/M _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono Fijo _____ Teléfono Móvil _____ E-mail _____

Profesión _____ Empresa _____

Parentesco _____ N.I.F. ☐ Pasaporte ☐ Tarjeta de residencia ☐ _____

Fecha de efecto para la que se solicita el alta: Día _____ Mes _____ Año _____

DECLARACIÓN A RELLENAR RESPECTO A TODOS LOS ASEGURADOS

1. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?	☐ Sí	☐ No
2. ¿Tiene prevista alguna?	☐ Sí	☐ No
3. ¿Ha estado en algún hospital o institución en observación o tratamiento?	☐ Sí	☐ No
4. ¿Ha consultado o estado en tratamiento médico en el último año por algún síntoma o enfermedad transitoria o defecto?	☐ Sí	☐ No
5. Según su más leal saber o entender ¿padece actualmente alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto?	☐ Sí	☐ No
6. ¿Está usted embarazada?	☐ Sí	☐ No

Si ha contestado que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, rellene por favor el cuestionario adicional de Sanitas, para detallar cada una de las cuestiones relativas a la salud arriba indicadas.

Enviar documentación y tarjetas a: Domicilio tomador ☐ Oficina ☐ Agente ☐

Dirección: _____

El abajo firmante declara que dicha información es cierta y que no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de todos y cada uno 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 e instituciones, y por tanto autoriza a estos a que faciliten a SANITAS, los datos sobre la salud de las personas que hayan sido incluidas en la póliza que entiendo necesarios para el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir y para prevención del fraude, pudiendo conservar todos sus datos, incluyendo todos los relativos a su salud, para este fin. 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 normativa legal sobre protección de datos de carácter personal, los asegurados consienten expresamente en que todos los datos personales relativos al Tomador y demás personas incluidas en esta solicitud sean incorporados a ficheros, titularidad de SANITAS siendo su finalidad la de servir a las actividades propias de esta compañía, la efectividad de las relaciones contractuales, la prevención del fraude y el envío de publicidad y ofertas comerciales de la entidad y terceros con los que establezca vínculos de colaboración, autorizándonos a tratar sus datos para enviarle la información que más se adapte a sus necesidades específicas. Asimismo, los asegurados autorizan expresamente la cesión de dichos datos a empresas del Grupo Sanitas que constan identificadas en www.isanitas.com y entidades relacionadas con productos y servicios financieros, de seguros, socio-sanitarios y/o de salud así como de bienestar, para el envío de información comercial de los mismos. Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos previstos en la mencionada legislación, pueden ser ejercitados en la sede de la entidad, calle Ribera del Loira, 52 - 28042 Madrid, Departamento de Relaciones con Clientes. El tomador se hace responsable de comunicar a los demás asegurados declarados en la póliza, la inclusión de sus datos en los ficheros anteriormente mencionados. En caso de no recibir comunicación escrita en el plazo de 30 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 Firma del Agente/Compañía

od. 3630/07-04