



Solicitud de Seguro

Nombre del producto a contratar: _____

A rellenar por Sanitas

Nº de póliza _____ barra _____

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 _____ **Domicilio del primer asegurado de la póliza si es distinto del domicilio del tomador** _____

Calle _____ Nº: _____ Calle _____ Nº: _____

Bloque _____ Escalera _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____ Bloque _____ Escalera _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____

C.P. Provincia _____ C.P. Provincia _____

Teléfonos Domicilio Trabajo Móvil _____ Teléfonos Domicilio Trabajo Móvil _____

Enviar documentación y tarjetas a: _____ **Datos bancarios del tomador del seguro para domiciliación bancaria** _____

Calle _____ Nº: _____ Frecuencia de pago _____

Bloque _____ Escalera _____ Piso _____ Puerta _____ Municipio _____ Anual Semestral

C.P. Provincia _____ Entidad Oficina D.C. Nº de Cuenta Trimestral Mensual

Datos a rellenar sobre el/los asegurado/s

Asegurados	Apellidos y nombre	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento	NIF	Tel. móvil	eMail	Profesión (sólo necesario para Sanitas Accidentes y Sanitas Autónomos IT)
Nº 1 (a)	_____	_____	_____	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	_____	_____	_____	_____
Nº 2	_____	_____	_____	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	_____	_____	_____	_____
Nº 3	_____	_____	_____	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	_____	_____	_____	_____
Nº 4	_____	_____	_____	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	_____	_____	_____	_____

¿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

Nº póliza anterior Asegurado 1: Sí No ¿Cuál? _____

Nº póliza anterior Asegurado 2: Sí No ¿Cuál? _____

Nº póliza anterior Asegurado 3: Sí No ¿Cuál? _____

Nº póliza anterior Asegurado 4: Sí No ¿Cuál? _____

(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? Asegurado 1: Sí No Asegurado 2: Sí No Asegurado 3: Sí No Asegurado 4: Sí No

- Gripe o anginas.
- Conjuntivitis aguda
- Otitis aguda no complicada
- Gastroenteritis aguda
- Sarampión, rubeola 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? Asegurado 1: Sí No Asegurado 2: Sí No Asegurado 3: Sí No Asegurado 4: Sí No

- 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.

Términos 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, ofrecimiento 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, autorizándonos a tratar sus datos para enviarla 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 o 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 informarle 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 _____ Firma del agente / compañía _____

Observaciones sobre contratación de franquicias (a rellenar por Sanitas) _____

Fecha: _____ a _____ / _____ / _____

Información al Tomador

(El Tomador reconoce con su firma en el anverso de su solicitud de Seguro haber sido informado en la fecha de la misma de lo indicado a continuación en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre y de los artículos 104 a 107 de su Reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 2486/1998).



LEGISLACIÓN APLICABLE:

Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro; Real Decreto Legislativo 6/2004, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo. (R.D. n° 2486/98 de 20 de Noviembre).

ENTIDAD ASEGURADORA:

SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS. con domicilio social en la C/ Ribera del Loira n° 52 (28042 Madrid, España), correspondiendo a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía el control y supervisión de su actividad.

DERECHO DE RESCISIÓN:

En los casos en que el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin penalización alguna, siempre que no haya acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los 14 días siguientes a la firma de la póliza de seguro o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción se produce con posterioridad a la firma de la póliza.

Este derecho solo le corresponde a los Tomadores que sean personas físicas y que actúen con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia.

Para ejercitar este derecho, el Tomador remitirá la oportuna comunicación dirigida al Asegurador, utilizando cualquier soporte duradero y accesible al Asegurador. El Tomador podrá remitir esta comunicación utilizando medios electrónicos, siempre que disponga de los dispositivos que garanticen la integridad, autenticidad y no alteración de la comunicación, y permitan constatar la fecha de envío y recepción de la misma.

La cobertura del riesgo objeto de la póliza cesará desde la fecha de expedición por el Tomador de la comunicación de la resolución.

CELEBRACIÓN DEL CONTRATO:

El contrato de seguro podrá celebrarse utilizando una técnica de comunicación a distancia siempre que la misma esté disponible y sea accesible para ambas partes del contrato y siempre que dicha técnica garantice la integridad, autenticidad y no alteración del contrato, debiéndose utilizar mecanismos que garanticen la constatación de la fecha de envío y recepción del mensaje, su accesibilidad, conservación y reproducción.

- a. En los casos en que el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación electrónica, telemática o informática, el Tomador cumplimentará la solicitud de seguro y la documentación contractual que le proporcione el Asegurador a través de cualquiera de estas técnicas y archivará todos los documentos en un soporte informático que tenga la consideración de soporte duradero según lo establecido en la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro.
- b. En los casos en que el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia distinta de la electrónica, telemática o informática, el Tomador hará llegar la solicitud de seguro al Asegurador debidamente cumplimentada. Posteriormente, el Asegurador enviará al tomador la documentación de la póliza, cuya copia deberá ser firmada por éste y devuelta al Asegurador.

En cualquier momento de la relación contractual, el Tomador tendrá derecho a obtener las condiciones contractuales en papel y a cambiar las técnicas de comunicación a distancia utilizadas para la celebración del contrato de seguro.

INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN:

En caso de cualquier tipo reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derecho habientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

1. Al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador, -mediante escrito dirigido a la calle Ribera del Loira n° 52 (28042 Madrid) o al fax n° 91 585 24 80 o a la dirección de correo electrónico clientes@sanitas.es-, quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación.
2. Una vez agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por el Asegurador en los siguientes casos:

- a) Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza. No podrán someterse al Defensor del Asegurado las reclamaciones que versen sobre la actuación personal o profesional de los médicos, hospitales y servicios médicos en general que presten atención médica a los asegurados¹.

- b) Cuando aún estando fuera de los anteriores supuestos, así lo acepte el Asegurador. Para reclamar ante el Defensor del Asegurado el reclamante deberá dirigir un escrito al apartado de correos n.º 50.072 (28080 Madrid) exponiendo los motivos de su reclamación. A la vista del mismo, el Defensor acusará recibo por escrito y se declarará o no competente. Si se declara competente, una vez estudiada la reclamación, dictará -dentro del plazo máximo legal de dos meses computados desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Asegurador- una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como al Asegurador, para quien resultará vinculante.
3. También, podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por el Defensor del Asegurado o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.
 4. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

Sanitas Accidentes

Garantías contratadas: capital de 12.020,24 € en caso de fallecimiento y 12.020, 24 € en caso de invalidez absoluta permanente, en las condiciones previstas en la póliza.

Beneficiarios: los herederos legales del Tomador del seguro.

Sanitas Renta

Garantías contratadas: abono de una indemnización de 30,05 € por día de hospitalización en las condiciones previstas en la póliza.

En ambos seguros, para contratar cantidades superiores o para designar otros beneficiarios, rellene el cuestionario específico de Sanitas Accidentes y/o Sanitas Renta.

(1) Únicamente aplicable a todos los productos que comercializa la compañía pertenecientes al ramo de enfermedad (comprendida la asistencia sanitaria)

DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales han sido incorporados a un fichero titularidad de MOISÉS NÚÑEZ DE BIEN, con dirección en Av. José Ortega y Gasset. 124. 1ª Oficina 24 29006 Málaga.- España, con la finalidad de mantener la relación de mediación y asesoramiento profesional para la cobertura de los riesgos objeto de aseguramiento, así como para la gestión de la contratación de pólizas de seguros y el seguimiento de su ejecución, cumplimiento e incidencias que se produzcan. También utilizaremos sus datos para remitirle información y publicidad sobre productos relacionados con la actividad aseguradora que puedan ser de su interés. Salvo que a continuación nos indique lo contrario. No autorizo el envío de comunicaciones comerciales por parte de Moisés Núñez de Bien Corredor de Seguros.

Le informamos que sus datos serán cedidos a las entidades aseguradoras intervinientes en los procedimientos de contratación para el normal desenvolvimiento del servicio contratado al objeto de garantizar la cobertura total de la póliza correspondiente.

Asimismo, le informamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación de sus datos personales y oposición al tratamiento de los mismos, mediante comunicación dirigida a la dirección indicada.

INFORMACIÓN PREVIA AL CLIENTE ANTES DE LA CELEBRACIÓN DE UN CONTRATO DE SEGURO

El tomador, solicitante y/o asegurado, abajo firmante, reconoce haber recibido en esta fecha y antes de la celebración del contrato de seguro solicitado, toda la información recogida en los artículos 42 al 46 de la Ley 26/2006, del 17 de Julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, y que, de modo ejemplificativo y no limitativo, a continuación detallamos:

a) El Corredor de Seguros de la presente póliza es D/Dª NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, con DNI/CIF: 28588113-X, residente y domiciliado en España, Av. José Ortega y Gasset.124.1º Oficina 24. Teléfono: 952038410, fax: 952038464, correo electrónico: moises@nunezdebien.es

b) El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, está inscrito en el Registro Administrativo Especial de Mediadores de Seguros, Corredores de Reaseguros y de sus Altos Cargos de la JUNTA DE ANDALUCÍA. CONSEJERÍA ECONOMÍA Y HACIENDA. Con el nº: CS-F44, pudiéndose acceder a él a efectos de que el cliente pueda realizar las comprobaciones oportunas, dirigiéndose a dicho Organismo en Juan Antonio Vizarron. S/N Torre Triana. - 41092, fax: 955064852, teléfono: 955064854 o a la página: www.juntadeandalucia.es/economiayhacienda/.

c) El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, no posee participación directa ni indirecta superior al 10% en el capital social o en los derechos de voto de ninguna entidad aseguradora.

d) Ninguna entidad aseguradora o empresa matriz de este tipo de entidades, posee ni directa ni indirectamente, una participación superior al 10% en los derechos de voto o del capital social del Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS.

e) Los clientes y otras partes interesadas del Corredor de Seguros, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, podrán formular sus quejas y reclamaciones derivadas de los servicios prestados tanto en lo referente al asesoramiento en la intermediación de pólizas de seguro como en las obligaciones y derechos derivados de los contratos de seguro en los que haya intervenido el Corredor de Seguros, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, y hayan sido finalmente celebrados a su instancia, en conformidad con el artículo 44 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y reglamento del servicio de atención al cliente de este Corredor de Seguros, es Don Francisco Javier Santamaria Garrido, Avda. Blas Infante. 6. 10º C, 41011 - SEVILLA, y cuyo titular es D/Dña. Don Francisco Javier Santamaria Garrido, correo electrónico: fjsanta-maria@terra.es, teléfono: 954452342 y fax: 954003284. Responsabilidad Civil asegurada bajo póliza 20033434-1 con la compañía HELVETIA SEGUROS. S. A -POOL RC- y capacidad financiera conforme a la ley.

f) El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, informa al tomador del seguro, abajo firmante de que el asesoramiento prestado por mí, para prestación, propuesta o realización de todos los trabajos previos a la celebración del contrato de seguro solicitado por parte del mencionado tomador, se efectuará con arreglo al artículo 42.4 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros, sobre la obligación de llevar a cabo un análisis objetivo del riesgo/s presupuesto/s, así como de todas y cada una de las circunstancias y condiciones que por parte del tomador y/o asegurado, se me ha planteado previamente a la contratación del seguro deseado.

El asesoramiento, antes mencionado, se facilitará sobre la base del análisis de un número suficiente de contratos de seguros ofrecidos en el mercado en los riesgos objeto de cobertura, de modo que pueda formular una recomendación, ateniéndome a criterios profesionales, respecto del contrato de seguro, que sería más adecuado a las necesidades del cliente antes mencionado.

Del mismo modo, el tomador es informado que en ciertas ocasiones, para poder cumplir el asesoramiento con arreglo a la obligación de llevar a cabo un análisis objetivo, se diseñará específicamente el seguro solicitado por parte de este Corredor de Seguros y negociado su contratación con al menos tres Entidades Aseguradoras, que operan en el mercado de los riesgos objeto de cobertura solicitados, todo ello en función de las características o necesidades generales del cliente y fundado en el criterio profesional de este Corredor de Seguros.

A modo de resumen final, este Corredor, basándose en las informaciones facilitadas por el tomador y/o asegurado, dará respuesta a todas y cada una de las exigencias y necesidades que el cliente me plantee en la solicitud de seguro, además de los motivos que justifican cualquier tipo de asesoramiento que pueda dar, sobre un determinado tipo de seguro, y que modularé en función de la complejidad del contrato de seguro propuesto.

A elección del tomador del seguro, toda la información proporcionada en virtud del artículo 42 de la Ley de Mediación se comunica a través de papel, de forma clara y precisa, comprensible para el cliente y en Lengua Española u otra cualquier Lengua acordada por las partes.

El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, dando cumplimiento al artículo 32.2 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, en el riesgo objeto de cobertura, la actividad mediadora la ejerce bajo la dirección de MOISÉS NÚÑEZ DE BIEN.

Esta información ha sido recogida por el corredor de acuerdo con las instrucciones del tomador o asegurado que suscribe, en cumplimiento del art. 42, 5 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros, y es necesario para la prestación del servicio.

El Tomador o Asegurado

El Corredor.

Nombre: _____

DNI: _____

En MÁLAGA a _____