



## Solicitud de Seguro de Sanitas Exterior Enrolment form for Sanitas Exterior



Si tiene alguna duda sobre su solicitud de seguro póngase en contacto con nuestro servicio de atención al cliente en el teléfono 902 25 55 25.  
If you have any queries about your enrolment form please contact our customer services team on the telephone number 902 25 55 25.

### 1 ) Rellenar por la empresa tomadora *To be completed by the company*

Nombre de la empresa *Group name:* \_\_\_\_\_

Número de póliza de la empresa (si se conoce) *Group number (if known):* \_\_\_\_\_

Fecha de efecto de la póliza *Start date of cover:* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 2 ) Datos personales del titular o asegurado principal *Your personal details for membership*

Apellidos:  
*Family name:* \_\_\_\_\_

Nombre:  
*Forenames:* \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):  
*Date of birth (dd/mm/yyyy):* \_\_\_\_\_

Edad:  
*Age:* \_\_\_\_\_ NIF:  
*ID number:* \_\_\_\_\_

Dirección en España:  
*Address in Spain:* \_\_\_\_\_

Calle:  
*Street:* \_\_\_\_\_ Número:  
*Number:* \_\_\_\_\_

Municipio:  
*City:* \_\_\_\_\_ Código Postal:  
*Postal Code:* \_\_\_\_\_ Provincia:  
*State:* \_\_\_\_\_

Nº teléfono:  
*Telephone no.:* \_\_\_\_\_ Durante el día:  
*Daytime:* \_\_\_\_\_ Durante la noche  
*Evening:* \_\_\_\_\_

Nº fax:  
*Fax no.:* \_\_\_\_\_ E-mail:  
*E-mail:* \_\_\_\_\_

País donde reside:  
*Country where you are to be located:* \_\_\_\_\_ Nacionalidad  
*Nationality:* \_\_\_\_\_

Dirección:  
*Address:* \_\_\_\_\_

Precisa cobertura en EE.UU.:  Sí  No  
*Is USA cover required Yes No*

En caso afirmativo se aplicarán las primas correspondiente  
*If so, the relevant prices will be applied*

### 3 ) Otros asegurados a incluir en la póliza *Additional people to be covered*

	Nombre <i>First name</i>	Apellidos <i>Family Name</i>	NIF o pasaporte <i>ID or passport</i>	Relación de parentesco (esposa marido, hijo) <i>Relationship to you (wife/husband/son/daughter, etc.)</i>	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <i>Date of birth (dd/mm/yyyy)</i>
1					
2					
3					
4					
5					
6					

### 4 ) Póliza que tiene contratada actualmente con Sanitas *Current Sanitas schem*

¿Está o ha estado asegurado en Sanitas anteriormente?  Sí  No  
*Do you have or have you had a Sanitas Cover? Yes No*

Si usted está o ha estado asegurado en Sanitas, indique el número de póliza y el nombre de otros asegurados incluidos en la misma  
*If you have (or have had) a Sanitas cover, please give names of members and membership number below:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5 ) Evacuación / Repatriación *Optional Assistance Cover*

Si lo desea puede contratar las siguientes coberturas opcionales para todo el grupo familiar  
*One of the following Assistance Cover options may be purchased for all members included in this policy*

Evacuación   
*Evacuation*

Repatriación   
*Repatriation*

Cuenta Corriente: \_\_\_\_\_

## 6 ) Declaración *Declaration*

El abajo firmante declara que dicha información es cierta y que no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de todas y cada una de las personas incluidas en este documento.

No obstante faculta a SANITAS, S.A. 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 entienda necesarios para el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir y para prevención del fraude.

El interesado reconoce que 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 y el envío de publicidad y ofertas comerciales de la entidad y terceros con los que establezca vínculos de colaboración.

Asimismo, los asegurados autorizan expresamente la cesión de dichos datos a empresas del Grupo Sanitas 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 las mismas. También le facultan para ceder esta información a cualquier persona o entidad relacionados con la actividad de la compañía con la que establezca acuerdos de prestación de servicios para el cumplimiento de fines directamente relacionados con la actividad de SANITAS y para tratamiento de datos.

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 nº 52, 28042 Madrid, Departamento de Relaciones con Clientes.

The undersigned declares that all information is present and correct and that no information has been omitted regarding the medical history of each and every person included in this form.

However, SANITAS S.A DE SEGUROS (from hereon SANITAS) reserves the right to obtain from doctors and medical institutions, any medical information related to each person on this form, which is deemed necessary for the correct understanding and evaluation of the risk to be covered and to prevent fraud.

The undersigned recognises that SANITAS reserves the right to accept or reject, wholly or partially, this application.

The undersigned also gives their express consent that their personal details and other details related to the policy, in conformance with the data protection regulations, will be incorporated into SANITAS files, for effective management of the contract and the mailing of publicity from the company or third parties related to the company's activity. The undersigned also authorises their details to be divulged to any company from the Sanitas Group or any company related to financial products, health-related insurance or wellbeing, for the purpose of sending commercial information. Also, this information may be divulged to any person or entity related to the activity of the company with which there are established supplier agreements, in accomplishing purposes directly related to the activity of SANITAS and for the treatment of data.

The rights of opposition, access, rectification and cancellation of this data in the data protection regulations can be exercised in the Head office of the company based in Madrid, Department of Customer Relations, Ribera del Loira, 52.

Firma:  
Signature:

Fecha: ----/----/-----  
Date:

## 7 ) Historial médico confidencial *Confidential medical history*

Le rogamos confirme la exactitud de la información relacionada con todas las afecciones y síntomas conocidos o supuestamente padecidos por todos los asegurados incluidos en la presente solicitud, aunque no se haya pedido consejo médico por ellos. Ejemplos típicos de estas afecciones y síntomas pueden ser venas varicosas, alergias, dolor de espalda, juanetes, hemorroides, problemas ginecológicos (entre otros, irregularidades menstruales), cualquier problema de oído, nariz o garganta, dolores, hinchazones o bultos.

Please ensure that you fully disclose any known or suspected conditions and symptoms experienced by anybody in this application. This applies even if professional advice has not yet been sought. Typical examples are varicose veins, allergies, backache, bunions, piles, gynaecological problems (including any irregularities of menstruation), any ear, nose or throat problems or any pains, swellings or lumps.

## PARTE A *Part A*

Responda a las siguientes seis preguntas en relación con cada uno de los beneficiarios indicados, marcando las casillas correspondientes. Please consider the following six questions applied to each person named in the application. Answer each question by clearly ticking one of the corresponding Yes/No boxes.	Asegurado Principal Principal member	1° asegurado 1st applicant	2° asegurado 2nd applicant	3° asegurado 3rd applicant	4° asegurado 4th applicant
	Nombre y apellido Name	Nombre y apellido Name	Nombre y apellido Name	Nombre y apellido Name	Nombre y apellido Name
	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No
1. ¿Ha estado ingresado en los últimos cuatro años en algún hospital o clínica? Have you undergone any in-patient treatment in a hospital or clinic within the last four years?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No
2. ¿Ha consultado a algún especialista en los últimos cuatro años? Have you consulted any specialist within the last four years?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No
3. ¿Ha consultado a algún otro médico o le han recetado medicinas en los últimos cuatro años? Have you consulted any doctor and/or been prescribed any medication within the last four years?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No
4. ¿Tiene alguna afección médica o dental crónica, alguna otra discapacidad, anomalía, enfermedad o lesión recurrente conocida? Do you suffer from any chronic/long-term medical or dental condition or any other known disability, abnormality or recurrent illness or injury?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No
5. ¿Necesita o tiene previsto consultar con un médico u otro profesional sanitario? Do you know of, or foresee, the need to consult any doctor or other health professional?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No	Sí Yes    No No
6. ¿Toma actualmente algún medicamento o tiene previsto tomarlo? Are you currently taking any medication or do you foresee a need to take any medication?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**PARTE B (Utilice las mayúsculas para rellenar esta parte)** *Part B. Please, use block capitals throughout.*

Rellene esta Parte B si ha respondido "Sí" a alguna de las preguntas de la Parte A. Le rogamos detalle al máximo todas las afecciones médicas (o síntomas sin diagnosticar) a las que se ha hecho referencia en el cuestionario de la parte anterior. Utilice la columna 3 para nombrar todas y cada una de las afecciones o enfermedades padecidas y las columnas 4 a 6 para facilitar más datos.

Please fill in this part if you have answered "Yes" to any of the questions in Part A. Please disclose all medical conditions (including undiagnosed symptoms) to which these Yes replies refer to. Use column 3 to list them separately and give further detailed information in columns 4 to 6.

1. Nombre Name	2. Números de casillas en las que ha contestado Sí Relevant box numbers	3. Afección médica (con fechas) Medical Condition (with dates)	4. Tratamiento y consultas recibidas (con fecha) Medical Condition (with dates)	5. Próximos tratamientos o consultas Need for further treatment or consultation	6. Estado actual de salud Present health

Si no dispone de espacio suficiente, utilice una hoja aparte e indíquelo marcando esta casilla.

If there is insufficient space, please use a separate sheet and indicate that you have done so by ticking this box.