

Solicitud Altas de Asegurados (1/4)

Datos personales del Tomador del Seguro

Nombre de la empresa _____

Nº de póliza BBVA Salud Pymes/Empresas _____ CIF _____

Fecha de efecto _____ Departamento _____

Datos a rellenar por BBVA

Código Agente: 19.996 BBVA-OBS

Oficina _____ Gestor _____

Datos a rellenar sobre el/los asegurado/s

Asegurado Nº1 (Empleado)

Apellidos y nombre _____ Fecha nacimiento _____ Sexo _____

NIF Pasaporte NIE _____ Tel. móvil _____ Email _____

Domicilio _____ Municipio _____ CP _____

Profesión* _____ ¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o BUPA anteriormente? Si No

¿Procede usted de otra compañía aseguradora? Si No

Datos Bancarios**: IBAN: _____ Cuenta corriente: _____

BIC: _____ Frecuencia de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Asegurado Nº2 (familiar o afín del asegurado nº1)

Apellidos y nombre _____ Parentesco (con el empleado) _____ Sexo _____

Fecha nacimiento _____ NIF Pasaporte NIE _____ Tel. móvil _____

Email _____ Domicilio _____

Municipio _____ CP _____ Profesión* _____

¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o BUPA anteriormente? Si No

¿Procede usted de otra compañía aseguradora? Si No

Asegurado Nº3 (familiar o afín del asegurado nº1)

Apellidos y nombre _____ Parentesco (con el empleado) _____ Sexo _____

Fecha nacimiento _____ NIF Pasaporte NIE _____ Tel. móvil _____

Email _____ Domicilio _____

Municipio _____ CP _____ Profesión* _____

¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o BUPA anteriormente? Si No

¿Procede usted de otra compañía aseguradora? Si No

Asegurado Nº4 (familiar o afín del asegurado nº1)

Apellidos y nombre _____ Parentesco (con el empleado) _____ Sexo _____

Fecha nacimiento _____ NIF Pasaporte NIE _____ Tel. móvil _____

Email _____ Domicilio _____

Municipio _____ CP _____ Profesión* _____

¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o BUPA anteriormente? Si No

¿Procede usted de otra compañía aseguradora? Si No

Asegurado Nº5 (familiar o afín del asegurado nº1)

Apellidos y nombre _____ Parentesco (con el empleado) _____ Sexo _____

Fecha nacimiento _____ NIF Pasaporte NIE _____ Tel. móvil _____

Email _____ Domicilio _____

Municipio _____ CP _____ Profesión* _____

¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o BUPA anteriormente? Si No

¿Procede usted de otra compañía aseguradora? Si No

[Continuar solicitud >>](#)

* Cumplimentar sólo en caso de contratar Complemento Accidentes.

** Estos datos serán necesarios en caso de que el empleado decida incluir asegurados y/o coberturas complementarias cuyo pago no sea asumido por el tomador de la póliza y/o copagos que puedan ser asumidos por el asegurado.

Solicitud Altas de Asegurados (2/4)

Orden de domiciliación de adeudo

El empleado en su condición de titular de la cuenta corriente bancaria cuya numeración consta expresamente indicada en la página 1/4 de esta solicitud autoriza a Sanitas S.A. de Seguros a que presente al cobro, en dicha cuenta corriente el importe relativo a posibles copagos de la póliza, así como a la prima correspondiente a aquellos asegurados de la misma, familiares de empleados, cuyo importe de prima no sea asumido por el tomador de la póliza.

Protección de datos

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.

Responsables. - BBVA SEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante BBVA Seguros), inscrita en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con la clave C-0502. Con domicilio social en la Calle Gran Vía D. López De Haro, 12 -48001-Bilbao, y oficina principal en la c/ Azul 4, 28050, y SANITAS S.A de SEGUROS (en adelante Sanitas) inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con la clave C -320, con domicilio en, Calle Ribera del Loira 52, 28042- Madrid.

Finalidad. - Los datos personales que aporta el Solicitante relativos al empleado y Asegurados, incluyendo sus datos de salud, se tratarán con las siguientes finalidades: Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro; Prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro pudiendo a tal fin solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información referente a su salud; Investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro; Ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención (servicio de promoción de salud) objeto del contrato de seguro; Gestión del riesgo actuarial con el fin, entre otros, de determinar la tarifa adecuada en cada caso; Cumplimiento de obligaciones que le correspondan a Sanitas y BBVA Seguros por mandato legal, entre otras, aquellas relativas a la normativa de seguros, leyes tributarias y normativa de protección de datos; Análisis de sus intereses y necesidades con base en los datos proporcionados por usted, incluyendo pero sin limitarse a sus datos de salud, aquellos datos personales que se hayan generado como consecuencia del servicio prestado por Sanitas y aquellos que se hayan obtenido por otros medios; Envío de comunicaciones comerciales por cualquier canal, incluido por vía electrónica; Llevar a cabo procedimientos de anonimización y seudoanonimización de sus datos personales; Ceder sus datos personales a empresas dentro del grupo con fines comerciales y fines de investigación científica y/o estadística así como a terceras empresas colaboradoras con fines comerciales.

El solicitante se hace responsable de comunicar a todos los beneficiarios incluidos en la póliza la inclusión de sus datos en los registros de actividades anteriormente mencionados, el tratamiento que de los mismos e informales de los extremos contenidos en el presente apartado que pretende realizar Sanitas y BBVA Seguros. Además, el solicitante 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.

El interesado reconoce que Sanitas y BBVA Seguros se reservan el derecho de aceptación o rechazo, total o parcial, de esta solicitud a los efectos de la contratación del seguro.

Legitimación. - Ejecución del contrato, cumplimiento de obligaciones legales, interés legítimo, fines de investigación científica y/o estadística y consentimiento tal y como se detalla en la Información Adicional.

Destinatarios. - Empresas del Grupo y terceras empresas colaboradoras. Además de lo anterior, encargados del tratamiento cuya transferencia internacional se basa en la autorización de la Directora de la Agencia Española de Protección de Datos y/o en Cláusulas Contractuales Tipo.

Derechos. - Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la Información Adicional.

Información adicional. - Encontrará información en relación al tratamiento de sus datos personales en www.sanitas.es/RGPD.

También podrá ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos del Grupo Sanitas a través del correo electrónico "dpo@sanitas.es" o en la dirección postal en Calle Ribera del Loira 52, 28042 Madrid, España y con el Delegado de Protección de Datos del Grupo BBVA a través del correo electrónico "dpogrupobbva@bbva.com"

La falta de aceptación de los tratamientos que se incluyen a continuación no condiciona la solicitud o el contrato de seguro con Sanitas y BBVA Seguros. Salvo que indique lo contrario marcando alguna de las siguientes opciones, con la firma de la presente cláusula el Solicitante consiente que Sanitas pueda realizar cada uno de los siguientes tratamientos sobre los datos que aporta:

Si **No** Consiento el tratamiento de mis datos personales para finalidades promocionales de productos y servicios de Sanitas o de terceras empresas, incluyendo el envío por medios electrónicos de comunicaciones comerciales o equivalentes por parte de Sanitas, incluso aunque no llegue a contrata

Si **No** Consiento la cesión y el tratamiento de mis datos personales por las entidades del grupo de Sanitas con fines de investigación científica y/o estadística y fines comerciales, así como de las terceras empresas colaboradoras identificadas en la Información Adicional con la finalidad de remitirme información comercial relacionada con productos y servicios financieros, seguros, servicios socio-sanitarios y/o de salud o bienestar, incluyendo el envío de comunicaciones comerciales por medios electrónicos.

Si **No** Consiento el tratamiento de mis datos personales con el fin de que Sanitas lleve a cabo un análisis de mis intereses y necesidades con base en los datos proporcionados por mi incluyendo pero sin limitarse a mis datos de salud, aquellos datos personales que se hayan generado como consecuencia del servicio prestado por Sanitas o que haya obtenido Sanitas por otros medios, pudiendo incluir dicho tratamiento la toma de decisiones automatizadas.

He leído y entiendo la información proporcionada en relación al tratamiento de mis datos personales.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del empleado/asegurado

Solicitud Altas de Asegurados (3/4)

El Tomador reconoce con su firma en el anverso de la solicitud haber sido informado en la fecha de ésta de lo indicado a continuación, en cumplimiento de los arts. 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, y 122 y 126 de su Reglamento de desarrollo, y haber recibido, en su dirección de correo electrónico facilitada en la solicitud de seguro, o en su defecto en papel, el Documento de información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud. SANITAS no contrae obligación alguna como consecuencia de la presente solicitud y se reserva el derecho de aceptación o rechazo de la misma a los efectos de la contratación del seguro.

Legislación Aplicable

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre).

Entidad Aseguradora

Producto Coasegurado al 50% por la entidad SANITAS, S.A., DE SEGUROS, con domicilio social en la c/ Ribera de Loira, 52 (28042 Madrid, España), inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con la clave C-320, y Coasegurado al 50% por BBVA SEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y DE REASEGUROS, con domicilio social en C/ Azul 4, 28050 Madrid, y oficina principal en Madrid, c/ Alcalá nº 17, inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con la clave C-0502. Correspondiendo a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Empresa del Estado Español el control de su actividad.

Renovación, Resolución, Actualización de Primas y Otra Información

1. Renovación. Salvo que otra cosa se establezca en la póliza, el contrato de seguro tiene una duración anual, computada desde su fecha de entrada en vigor, y se prorrogará tácitamente por sucesivos periodos de una anualidad salvo que una de las partes se oponga a una de dichas prórrogas comunicándose a la otra con 2 meses de antelación si es SANITAS quien realiza la comunicación y con 1 mes si es el Tomador. En ningún caso SANITAS se opondrá la prórroga si el Asegurado es mayor de 65 años, siempre que tenga una antigüedad como Asegurado igual o superior a 5 años en SANITAS sin impagos, o bien por encontrarse en tratamiento de una de las enfermedades graves indicadas a continuación, cuyo primer diagnóstico se haya producido durante el período de alta del Asegurado en la póliza: procesos oncológicos activos; enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista; trasplante de órganos; cirugía ortopédica compleja en fase de evolución; enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso; insuficiencia renal aguda; insuficiencia respiratoria crónica tórpida; hepatopatías crónicas (excluidas las de origen alcohólico); infarto agudo de miocardio con insuficiencia cardíaca; degeneración macular.
2. Resolución del contrato (con carácter general, sin perjuicio de las previsiones legales y de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza).
 - a) SANITAS podrá resolver la póliza:
 - En caso de reserva o inexactitud del Tomador al cumplimentar el cuestionario de salud del/de los asegurado/s. La resolución tendrá lugar mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de 1 mes desde que SANITAS tenga conocimiento de la reserva o inexactitud.
 - Si por culpa del Tomador la prima inicial no se paga a su vencimiento, salvo que SANITAS opte por exigir su pago por vía ejecutiva. En caso de impago de primas posteriores, sus fraccionamientos o copagos, será de aplicación el art. 15 de la Ley 50/80 y las Condiciones de la póliza.
 - b) El Tomador podrá resolver la póliza en los siguientes casos, comunicándolo por escrito a la Entidad Aseguradora:
 - Recibida, en su caso, la comunicación de SANITAS relativa a la variación del importe de las primas para la siguiente anualidad. En ese caso, la resolución producirá efecto al término de la anualidad en curso siempre que se comunique por el Tomador a SANITAS con al menos un mes de antelación a dicha fecha.
 - Cuando varíe el cuadro médico nacional de SANITAS, siempre que afecte al menos al 50% de los que lo integren antes de la variación.
3. Factores de riesgo objetivos a considerar en la tasa de prima a aplicar en las sucesivas renovaciones de la póliza: edad de cada asegurado; zona geográfica de prestación de los servicios; evolución de costes de los servicios sanitarios; frecuencia en la utilización de las prestaciones; inclusión de innovaciones tecnológicas médicas o nuevas coberturas aseguradas.
4. El Tomador no tiene derecho a la rehabilitación de la póliza.
5. En las pólizas de asistencia sanitaria el asegurado podrá acceder a los profesionales del cuadro médico del producto contratado en los términos y dentro de los límites establecidos en el condicionado general. En los productos de reembolso no habrá límite de acceso siempre que el servicio médico sea objeto de cobertura.
6. Puede consultar el informe sobre la situación financiera y de solvencia de SANITAS en <http://corporativo.sanitas.es/>
7. Puede consultar las tarifas de prima aplicables para todos los tramos de edad y las coberturas accesorias opcionales en www.sanitas.es
8. En caso de contratarse la póliza a través de un comercial empleado de SANITAS, la naturaleza de su remuneración consistirá en el salario convenido entre SANITAS y dicho empleado.

Instancias de Reclamación

Para cualquier reclamación sobre el contrato de seguro, el tomador, asegurado, beneficiario, tercero perjudicado o derechohabiente de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

1. Al Departamento de Gestión de Reclamaciones de SANITAS (mediante escrito firmado facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante) dirigido a la C/ Ribera de Loira nº 52 (28042 Madrid) o al fax nº 91 585 24 68 o a la dirección de correo electrónico reclamaciones@sanitas.es, y acusaremos recibo por escrito, resolviendo igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación.
2. Agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación por escrito facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante, ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición.
3. Le informamos que Sanitas no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo sin perjuicio de poder acudir el asegurado a las instancias administrativas y judiciales previstas en el procedimiento de reclamaciones que figura en las condiciones generales de su póliza.

Solicitud Altas de Asegurados (4/4)

Asegurado 1 Peso _____ kg Altura _____ cm

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico? Si No
2. ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente? Si No
3. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? Si No
4. ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? Si No

En caso de respuesta afirmativa en alguna de las preguntas, detallar a continuación:

Asegurado 2 Peso _____ kg Altura _____ cm

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico? Si No
2. ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente? Si No
3. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? Si No
4. ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? Si No

En caso de respuesta afirmativa en alguna de las preguntas, detallar a continuación:

Asegurado 3 Peso _____ kg Altura _____ cm

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico? Si No
2. ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente? Si No
3. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? Si No
4. ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? Si No

En caso de respuesta afirmativa en alguna de las preguntas, detallar a continuación:

Asegurado 4 Peso _____ kg Altura _____ cm

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico? Si No
2. ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente? Si No
3. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? Si No
4. ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? Si No

En caso de respuesta afirmativa en alguna de las preguntas, detallar a continuación:

Asegurado 5 Peso _____ kg Altura _____ cm

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico? Si No
2. ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente? Si No
3. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? Si No
4. ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? Si No

En caso de respuesta afirmativa en alguna de las preguntas, detallar a continuación:

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. Otorgo mi consentimiento al mandato de domiciliación bancaria de la prima de seguro y al tratamiento de datos personales en los términos establecidos en la presente solicitud.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firma del empleado/asegurado