



SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA CONCERTADA EN EE.UU.

APPLICATION FOR MEDICAL CARE SERVICES IN U.S.A.

PARTE DE **Bupa**

A RELLENAR POR SANITAS <i>To be completed by Sanitas</i>	HOSPITALARIA <i>Inpatient</i>	PRÓTESIS <i>Prosthesis</i>
	EXTRAHOSPITALARIA <i>Outpatient</i>	PARTO <i>Childbirth</i>

1 INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA POLICY INFORMATION

NÚMERO DE PÓLIZA / *Policy number:* _____

EN CASO DE INGRESO / *In-patient case* EN CASO DE MATERNIDAD / *Maternity case*

2 INFORMACIÓN DEL CLIENTE INSURED INFORMATION

NOMBRE *Name:* _____ APELLIDO *Last name:* _____

FECHA DE NACIMIENTO *Date of Birth:* MES / *month:* [][] DÍA / *day:* [][] AÑO / *year:* [][][] SEXO *Sex:* HOMBRE / *Male* MUJER / *Female*

DIRECCIÓN *Address:* _____ CP Area Code: [][][][]

TEL. 1 *Phone #1:* [][][][][][][][] TEL. *Phone #2:* [][][][][][][][] E-MAIL: _____

DNI *Tax ID card* PASAPORTE *Passport* NIE *NIE* N° #: _____

¿EL PACIENTE TIENE DATOS MÉDICOS? *Does the patient have medical records?* Sí / *Yes* No / *No*

ES IMPRESCINDIBLE ADJUNTAR EL INFORME MÉDICO ESPECIFICANDO EL MOTIVO DE ASISTENCIA.
You must attach a medical report with specifies the reason for assistance.

SI ES MENOR DE EDAD, POR FAVOR, INCLUIR EL NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DE LOS PADRES.
If the patient is a minor, please provider name and date of birth of both parents.

PADRE / FATHER FECHA DE NACIMIENTO *Date of Birth:* MES/*month:* [][] DÍA/*day:* [][] AÑO/*year:* [][][]

NOMBRE *Name:* _____ APELLIDO *Last name:* _____

MADRE / MOTHER FECHA DE NACIMIENTO *Date of Birth:* MES/*month:* [][] DÍA/*day:* [][] AÑO/*year:* [][][]

NOMBRE *Name:* _____ APELLIDO *Last name:* _____

TITULAR DE LA PÓLIZA / POLICY HOLDER TEL. 1 *Phone #1:* [][][][][][][][] TEL. *Phone #2:* [][][][][][][][]

NOMBRE *Name:* _____ APELLIDO *Last name:* _____

3 SERVICIOS POR AUTORIZAR SERVICES TO BE AUTHORIZED

NOMBRE DEL HOSPITAL *Name of Hospital:* _____

DIRECCIÓN *Address:* _____ CP Area Code: [][][][]

NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOSPITAL *Hospital Telephone Number:* _____

NOMBRE DEL MÉDICO *Name of physician:* _____ ESPECIALIDAD *Specialist consultant:* _____

DIRECCIÓN DEL MÉDICO *Physician Address:* _____ CP Area Code: [][][][]

NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO *Physician Telephone Number:* _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO *Diagnosis to be treated:* _____

COMENTARIOS ADICIONALES *Additional Comments:* _____

FECHAS DISPONIBLES AVAILABLE DATES

FECHA DE COMIENZO *Start date:* [][][] [][][] [][][][] FECHA DE CONCLUSIÓN (DE SABERSE) *End Date (if known):* [][][] [][][] [][][][]

MES/*month* DÍA/*day* AÑO/*year* MES/*month* DÍA/*day* AÑO/*year*

UNA VEZ RELLENADO EL FORMULARIO DEBE ENVIARLO A SANITAS JUNTO AL INFORME MÉDICO, PARA PODER ACCEDER A LA ASISTENCIA CONCERTADA EN EE.UU. SERÁ GESTIONADO ÍNTEGRAMENTE A TRAVÉS DE LA COMPAÑÍA.
Once the form has been duly completed, you must send it to Sanitas, with the medical report, in order to have access to the U.S.A. cover. It will be handle completely by the company.

EL ABAJO FIRMANTE DECLARA SER CIERTO TODO LO ARRIBA EXPUESTO.
The undersigned declares that the above statements are true.

FIRMA DEL ASEGURADO *Member's signature*

CIUDAD / *City* _____ DÍA / *day* _____ MES / *month* _____ AÑO / *year* _____

Por la presente solicitud el asegurado consiente expresamente que sus datos, incluyendo aquellos relativos a su salud que sean necesarios para la prestación del servicio solicitado, sean cedidos a cualquier entidad de EE.UU. con la que Sanitas tenga concertada la prestación de la garantía. Dicha cesión se realiza para permitir la adecuada prestación de los servicios solicitados. Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de sus datos pueden ser ejercitados en la sede de la entidad (C/ Ribera del Loira, 52-28042 Madrid, Departamento de Reclamaciones) o a través del correo electrónico: departamentocalidad@sanitas.es