

CUPÓN DE ALTA ASISA DENTAL:



Nombre del colectivo: Consejo de Colegios Profesionales de Diplomados en
Enfermería de Castilla y León **Número del colectivo:** 11.729

Si. Estoy interesado en darme de alta en Asisa Dental. Fecha:

Titular:

Apellidos: N.I.F.:
Nombre: Fecha de Nacimiento:
Domicilio: Código postal:
Población: Teléfono:

Si usted desea dar de alta en Asisa Dental a otros miembros de su familia, facilítenos sus datos:

Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombre: Fecha de Nacimiento: N.I.F.:

Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombre: Fecha de Nacimiento:

Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombre: Fecha de Nacimiento: N.I.F.:

Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombre: Fecha de Nacimiento: N.I.F.:

Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombre: Fecha de Nacimiento: N.I.F.:

Datos Bancarios:

Banco o Caja de Ahorros:

Agencia Nº: Código postal:

Domicilio: Localidad / Provincia:

Nº Cuenta Corriente: Nº Libreta:

Forma de pago: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL

El Titular queda informado de forma inequívoca y precisa, y autoriza expresamente a ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S. A., para recabar y tratar automatizadamente en un Fichero del que es Responsable, los datos recogidos en el formulario -cuya cumplimentación es necesaria para adquirir la condición de asegurado de ASISA- y los que se obtengan como consecuencia de la relación jurídica establecida entre el Titular y ASISA (incluidos, en su caso, datos de salud), con la única finalidad del mantenimiento, desarrollo o control de la relación jurídica entre el Titular y ASISA.

Asimismo el Titular consiente de forma expresa -únicamente cuando responda a la citada finalidad- la cesión de dichos datos (incluidos, en su caso, datos de salud) a entidades colaboradoras de ASISA.

Esta entidad dispone de mi autorización para remitirme información sobre bienes o servicios de ASISA cuya contratación pueda ser de mi interés.

El Titular podrá denegar el consentimiento anteriormente facilitado, así como ejercitar los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación de los datos recogidos en el Fichero, de acuerdo a la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiéndose para ello a la C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 10. Madrid 28027.

¿Es asegurado de Asisa?: SI NO

Requero atiendan con cargo a mi cuenta los recibos que le presenten al cobro ASISA a nombre de

D./Dña: (Titular de Seguro)

Titular de la cuenta D./Dña.:

Firma.