



Solicitud de Seguro de Asistencia Sanitaria

Tipo de Póliza	Nombre del Agente
	Código de Agente

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal).

<input type="checkbox"/> Alta de Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos <small>Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar</small>	<input type="checkbox"/> Baja de Póliza
<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental	Producto	Nº Asegurados
		Fecha de Efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA) / /

TOMADOR DEL SEGURO

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos		N.º de Póliza
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Profesión			
Vía	Domicilio		Nº
			Piso
			Esc.
			Puerta
Población	Provincia	Código Postal	Teléfono Fijo
Teléfono Móvil	E-mail	Fax	¿Desea ser Asegurado de la Póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?
¿Cómo nos conoció? <input type="checkbox"/> Prensa <input type="checkbox"/> Agente Comercial <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar <input type="checkbox"/> Otros			

ASEGURADO 1

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos		N.º de Póliza
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Profesión			
Vía	Domicilio		Nº
			Piso
			Esc.
			Puerta
Población	Provincia	Código Postal	Teléfono Fijo
Teléfono Móvil	E-mail	Fax	Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?

ASEGURADO 2

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos		N.º de Póliza
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Profesión			
Vía	Domicilio		Nº
			Piso
			Esc.
			Puerta
Población	Provincia	Código Postal	Teléfono Fijo
Teléfono Móvil	E-mail	Fax	Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?

ASEGURADO 3

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos		N.º de Póliza
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Profesión			
Vía	Domicilio		Nº
			Piso
			Esc.
			Puerta
Población	Provincia	Código Postal	Teléfono Fijo
Teléfono Móvil	E-mail	Fax	Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?

DATOS BANCARIOS

Periodicidad del Pago:	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual				
D. de la Entidad Bancaria:					
Domicilio de la Oficina (calle y nº):				Código Postal:	
Localidad / Provincia:					
Titular de la Cuenta Bancaria:					
Datos Bancarios:	Banco:	Sucursal:	D.C.:	Cuenta:	

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, sean tratados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal), así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros médicos, hospitales u otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA o en sus sitio Web www.asisa.es. Asimismo, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, salvo los datos de salud, sean cedidos a entidades colaboradoras de ASISA. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo. Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial, acerca de la empresa, sus actividades, productos, servicios, ofertas promocionales especiales, etc., por diferentes medios, inclusive el correo electrónico. El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá, mientras se mantenga cualquier relación de negocio o contractual con ASISA. Para ejecutar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos deberá dirigirse a ASISA. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para los fines propios del contrato de seguro."

Tomador del Seguro:

Fecha y Firma:

/ /

La emisión de la póliza está condicionada a la aceptación de esta Solicitud por la Compañía.

