Solicitud de Seguro de Accidentes Plus

Tipo de póliza	Nombre del Agente
	Código de Agente

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por la Compañía

☐ Alta de Póliza | ☐ Modificación de Datos — Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar | Fecha de Efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA) / /

TOMADOR DEL SEGURO

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	Nº de Póliza

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado Civil	Nacionalidad

Profesión	Vía	Domicilio

Nº	Piso	Esc.	Puerta	Población	Provincia

Código Postal	Teléfono Móvil	Correo electrónico

Teléfono fijo	¿Desea ser asegurado de la Póliza?	¿Tiene otras pólizas de ASISA?	¿Cuáles?
	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Salud ☐ Dental ☐ Vida ☐ Accidentes ☐ Otros

¿Actividades de Riesgo?

Beneficiario (En su defecto, herederos legales):

ASEGURADO (si es distinto del Tomador)

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	Nº de Póliza

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado Civil	Nacionalidad

Profesión	Vía	Domicilio

Nº	Piso	Esc.	Puerta	Población	Provincia

Código Postal	Teléfono Móvil	Correo electrónico

Teléfono fijo	Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/hija, etc.)	¿Tiene otras pólizas de ASISA?	¿Cuáles?
		☐ Si ☐ No	☐ Salud ☐ Dental ☐ Vida ☐ Accidentes ☐ Otros

¿Actividades de Riesgo?

Beneficiario (En su defecto, herederos legales):

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la cuenta:

Forma de Pago:

☐ Anual ☐ Semestral **IBAN:**

GARANTÍAS ASEGURADAS EN CASO DE ACCIDENTE (Marque la casilla de la modalidad que desee contratar)	Tipo I ☐	Tipo II ☐	Tipo Especial ☐
Capital por Fallecimiento (Máx. 90.000 €):	18.030,36 €	30.050,61 €	
Capital por invalidez Permanente y Absoluta (Max. 54.000 €):	12.020,24 €	18.030,36 €	
Renta Mensual durante 24 meses por Invalidez Permante Absoluta: (Máx. 1.800 €)	601,01 €	601,01 €	
Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente (max.365 días) (max. 90€):	18,03 €	30,05 €	
Gastos Cirugía Estética Reparadora (máximo):	6.010,12 €	6.010,12 €	6.010,12 €

CUESTIONARIO DE SALUD (a cumplimentar por el asegurado):

¿Se encuentra en perfecto estado de salud? ☐ Si ☐ No

¿Practica algún deporte? ☐ Si ☐ No ¿Cuál?

¿Utiliza preferentemente la mano izquierda? ☐ Si ☐ No

¿Padece Miopía superior a 7 dioptrías? ☐ Si ☐ No

¿Padece Diabetes? ☐ Si ☐ No

¿Fuma? ☐ Si ☐ No ¿Cuántos cigarrillos/día?

¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica, enfermedad o accidente con lesiones corporales? ☐ Si ☐ No ¿Por qué? ¿Cuándo?

¿Padece o está en trámite de alguna Invalidez Permanente? ☐ Si ☐ No ¿En qué consiste? ¿En qué grado?

¿Padece o ha padecido enfermedades del corazón? ☐ Si ☐ No ¿Cuáles?

¿Usa motocicleta? ☐ Si ☐ No Indique c.c.: Años de carnet motocicleta:

¿Tiene contratada otra póliza de accidentes? ☐ Si ☐ No ¿Con qué cápitales?

Por favor, antes de firmar, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el reverso

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.

Tomador del seguro	Asegurado (si es distinto del Tomador)
Fecha y Firma:	Fecha y Firma:

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

ASISA,ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 4280, Folio 111, Hoja M-71.063 - C.I.F.: A-08169294 - Domicilio Social: Juan Ignacio Luca de Tena, 12 - 28027 Madrid

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Si tu respuesta es "SI" en ambas finalidades, solo tienes que marcar esta casilla ☐	
Para que ASISA me remita información personalizada de empresas del Grupo ASISA y otras empresas con las que colabora.	Si ☐
Para que ASISA comunique mis datos a las empresas del Grupo ASISA y colaboradoras, con la finalidad de que me informen de sus productos y servicios. La lista de las empresas colaboradoras está a disposición del cliente en https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros.	Si ☐

Responsable	**ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.U.**
Finalidad	- Atender, gestionar y ejecutar el contrato de seguro. - Recibir comunicaciones personalizadas de ASISA sobre sus seguros y servicios propios así como realizar encuestas de opinión
Legitimación	La base legal para el tratamiento de tus datos se encuentra en la ejecución de seguro entre el tomador y ASISA, el cumplimiento de obligaciones legales, en el interés legítimo, así como en el consentimiento
Destinatarios	- Entidades, organismos e instituciones que pudieran acreditar un interés legítimo u obligación legal. - Empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras, en caso de haber obtenido tu consentimiento.
Derechos	Puedes ejercitar los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación del tratamiento, oposición, portabilidad de los datos o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, así como oponerte al envío de comunicaciones electrónicas a través del buzón DPO@grupoasisa.com.
Información adicional	Puedes dirigirte al Delegado de Protección de Datos (DPO) del Grupo ASISA (DPO@grupoasisa.com), así como consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: https://www.asisa.es/informacion-adicional-rgpd