Solicitud de Seguro de Hospitalización

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) / /

Indemnización que desea contratar:

☐ 30 €/día ☐ 36 €/día ☐ 42 €/día ☐ 48 €/día ☐ 54 €/día ☐ 60 €/día ☐ 66 €/día ☐ 72 €/día ☐ 78 €/día ☐ 84 €/día ☐ 90 €/día

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? ☐ Si ☐ No	¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Vida ☐ Accidentes ☐ Otros	

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? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Vida ☐ Accidentes ☐ Otros	

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la cuenta: | **Forma de pago:** ☒ Anual

IBAN: _____

CUESTIONARIO DE SALUD: El asegurado DECLARA: ☐

1.- Que se encuentra actualmente en buen estado de salud.

2.- Que no ha sufrido ni sufre actualmente dolencia o enfermedad por la que esté en tratamiento de cualquier tipo.

3.- Que durante los 2 últimos años no ha estado 10 o más días consecutivos de baja laboral, y no ha estado hospitalizado durante 3 ó más días consecutivos en más de dos ocasiones.

4.- Que no está pendiente de algún diagnóstico o prueba médica.

5.- Que no tiene previsto someterse y/o no se le ha indicado la realización de algún tratamiento médico o intervención quirúrgica.

6.- Que no ha tenido ningún accidente o enfermedad que la haya dejado secuelas físicas.

7.- Que no practica algún deporte de riesgo o realiza actividad peligrosa.

Si alguna/s de las afirmaciones anteriores no es correcta, por favor, infórmenos con detalle de los motivos:

A los efectos de lo previsto en el artículo 10 de la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, el asegurado o el tomador (en nombre del asegurado, de quien ha recabado la oportuna autorización a dichos efectos), DECLARA haber respondido verazmente a la información contenida en los apartados anteriores, quedando facultada ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. a realizar las comprobaciones necesarias relativas al estado de estado de salud, actual o pasado, del asegurado.

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 la prestación de servicios de tu solicitud 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