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.U.).

☐ Alta de Póliza | ☐ Modificación de Datos (Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar) | ☐ Baja de Póliza

☐ Salud ☐ 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 ☐ Hombre ☐ 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? ☐ Si ☐ No
¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros:			Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?

¿Cómo nos conoció? ☐ Prensa ☐ Agente Comercial ☐ Internet ☐ Amigo/Familiar ☐ Otros

ASEGURADO 1

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			N.º 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 Fijo
Teléfono Móvil	E-mail	Fax		Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)
¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ 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 ☐ Hombre ☐ 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? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ 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 ☐ Hombre ☐ 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? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros:			Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la Cuenta Bancaria:

IBAN

Forma de pago: ☐ Mensual ☐ Bimestral ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

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

Tomador del Seguro:

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-0816929 4 - Domicilio Social: Juan Ignacio Luca de Tena, 12 - 28027 Madrid

EPIGRAFE	INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS
Responsable del tratamiento	ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, S.A.U.
Finalidad	– Cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro. – Enviar comunicaciones comerciales sobre bienes y/o servicios propios del Grupo ASISA.
Legitimación	– La base legal para el tratamiento de sus datos es la **ejecución del contrato** de seguro entre el tomador y ASISA. – Asímismo, el envío de comunicaciones comerciales se basa en el consentimiento que se le solicita, sin que en ningún caso la retirada de dicho consentimiento condicione la ejecución de dicho contrato.
Destinatarios de cesiones	– Entidades que forman parte del Grupo ASISA y entidades colaboradoras del mismo. – Médicos, centros médicos, hospitales y otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA o en su sitio web www.asisa.es. – Administración Tributaria.
Derechos	Puede 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 a retirar el consentimiento prestado.
Información adicional	Puede dirigirse 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: www.asisa.es