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

La información sobre protección de datos consta en el reverso del presente documento

AIG3910
M-05-18

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-081.692.94 - 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.
Legitimación	– La base legal para el tratamiento de sus datos es la **ejecución del contrato** de seguro entre el tomador y ASISA.
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

Tomador del Seguro:

Fecha y Firma:

/ /

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