

<input type="checkbox"/> Nueva Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos	<input type="checkbox"/> Baja de Póliza	<input type="checkbox"/> Alta Beneficiario	Nº de Referencia:	Nº Asegurados	Fecha de Efecto de la Póliza
---------------------------------------	--	---	--	-------------------	---------------	------------------------------

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

TOMADOR DEL SEGURO

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	Nº de Póliza/Certificado
Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Profesión	Domicilio	Nacionalidad
Provincia	Código Postal	Teléfono Fijo
		Teléfono Móvil
		E-mail
¿Desea ser Asegurado de la Póliza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Si <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 cuál?		

ASEGURADO 1

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	Nº de Póliza/Certificado
Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Profesión	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil
		E-mail
Parentesco con Tomador (Marido/ Esposa/ Hija, etc.)	¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Si <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 cuál?		

ASEGURADO 2

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	Nº de Póliza/Certificado
Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Profesión	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil
		E-mail
Parentesco con Tomador (Marido/ Esposa/ Hija, etc.)	¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Si <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 cuál?		

ASEGURADO 3

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	Nº de Póliza/Certificado
Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Profesión	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil
		E-mail
Parentesco con Tomador (Marido/ Esposa/ Hija, etc.)	¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Si <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 cuál?		

ASEGURADO 4

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	Nº de Póliza/Certificado
Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....	Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Profesión	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil
		E-mail
Parentesco con Tomador (Marido/ Esposa/ Hija, etc.)	¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Si <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 cuál?		

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la Cuenta Bancaria:					
IBAN:					
Forma de Pago:	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Bimestral	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual

En cumplimiento de lo dispuesto en 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 tomador manifiesta disponer del consentimiento informado de los asegurados relacionados anteriormente, a fin de 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, reaseguradoras u 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. 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 la asistencia sanitaria que esté recibiendo. Adicionalmente, el asegurado consiente expresamente que sus datos personales, salvo los 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, incluido el correo electrónico. En el supuesto de que el asegurado no desee prestar su consentimiento para los citados fines puede dirigirse a su Delegación o a los servicios jurídicos de ASISA. El tratamiento de los datos para dichas finalidades se mantendrá mientras subsista cualquier relación de negocio o contractual con ASISA. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, únicamente podrán ser ejercitados ante ASISA por el titular de los datos o por su representante legal. 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 en que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para desarrollar 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.

ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A. Sociedad Unipersonal. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, hoja 38819, folios 1 y 2, tomo 4892 general, libro 4055, sección 3.ª, C.I.F.: A-08169294 - Domicilio Social: Juan Ignacio Luca de Tena, 12 - 28027 Madrid, España.

N° de Póliza/ Certificado: -

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F./N.I.E.: _____ Fecha de Nacimiento: / /

¿Cómo definiría su estado de salud actual?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

¿Cuánto pesa? _____ Kg. ¿Cuánto mide? _____ Cm.

Hábitos

Fuma.....	Si	No
Hace deporte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Visita al dentista? <u>Veces/año</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebe alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma Drogas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigue alguna Medicación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se hace chequeos médicos de empresa, particular,...?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Realice una breve explicación sobre las respuestas afirmativas:

Intervenciones quirúrgicas	Si	No
¿Ha sido operado alguna vez?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Año	Tipo operación	Secuelas
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ingresos médicos	Si	No
¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad o accidente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Año	Enfermedad o Proceso	Días de ingreso
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Declare sus últimas tres visitas al médico

Fecha	Motivo de la visita	Especialista
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Padece alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades?

Diabetes	Si	No	Portador del virus VIH	Si	No
Otras Enf. Endocrinas (Tiroides.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasis, "piedras"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental / nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Neurológicas (Parkinson, Alzh.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras Enfermedades Oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis / Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Aparato Digestivo (úlceras...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Defecto en piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina / infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices/Otras Enf. Vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Enfermedades Cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Óseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión columna/rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Enf. Ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma - Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

¿Ha tenido embarazos? _____ ¿Cuántos? _____ ¿Abortos? _____ ¿Cuántos? _____

Describa aquí las últimas pruebas y análisis que se ha realizado

N° de Póliza/ Certificado: -

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F./N.I.E.: _____ Fecha de Nacimiento: / /

¿Cómo definiría su estado de salud actual?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

¿Cuánto pesa? _____ Kg. ¿Cuánto mide? _____ Cm.

Hábitos

Fuma.....	Si	No
Hace deporte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Visita al dentista? <u>Veces/año</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebe alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma Drogas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigue alguna Medicación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se hace chequeos médicos de empresa, particular,...?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Realice una breve explicación sobre las respuestas afirmativas:

Intervenciones quirúrgicas	Si	No
¿Ha sido operado alguna vez?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Año	Tipo operación	Secuelas
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ingresos médicos	Si	No
¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad o accidente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Año	Enfermedad o Proceso	Días de ingreso
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Declare sus últimas tres visitas al médico

Fecha	Motivo de la visita	Especialista
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Padece alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades?

Diabetes	Si	No	Portador del virus VIH	Si	No
Otras Enf. Endocrinas (Tiroides.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasis, "piedras"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental / nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Neurológicas (Parkinson, Alzh.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras Enfermedades Oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis / Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Aparato Digestivo (úlceras, ..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Defecto en piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina / infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices/Otras Enf. Vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Enfermedades Cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Óseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión columna/rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Enf. Ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma - Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

¿Ha tenido embarazos? _____ ¿Cuántos? _____ ¿Abortos? _____ ¿Cuántos? _____

Describa aquí las últimas pruebas y análisis que se ha realizado

ASISA elude la asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados, conforme al presente cuestionario, así como de sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA, en relación con el contenido del presente cuestionario, a que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya que prestar su asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos en cada caso a través de esta Entidad. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose ASISA la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

En _____ de _____ a _____ de 20_____

Fdo. D./Dña. _____ En nombre propio

N.I.F.: _____ Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad

Mediante su firma, el Tomador del Seguro declara haber recabado y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/miembros del grupo familiar, con la finalidad de incorporar al presente cuestionario todos los datos de salud relativos a los mismos.

En _____ de _____ de 20_____

Fdo. D./Dña. _____ En nombre propio

N.I.F.: _____ Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad

Resolución (Médico): Aceptada Rechazada Solicitud de Informe

Resolución (Médico): Aceptada Rechazada Solicitud de Informe