



# Solicitud de Seguro de Asistencia Sanitaria

Tipo de Póliza	Nº Colectivo
	Nombre Colectivo

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

<input type="checkbox"/> Alta de Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos <small>Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar</small>	<input type="checkbox"/> Baja de Póliza	<input type="checkbox"/> Alta Beneficiario	N.º Referencia
Producto <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros			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 <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> 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? <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 decírnos cual?		

## ASEGURADO 1

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			N.º de Póliza
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> 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? <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 decírnos cual?		

## ASEGURADO 2

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			N.º de Póliza
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> 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? <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 decírnos cual?		

## ASEGURADO 3

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			N.º de Póliza
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> 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? <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 decírnos cual?		

## ASEGURADO 4

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			N.º de Póliza
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> 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? <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 decírnos cual?		

## ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

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

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

Tomador del Seguro:	La emisión de la póliza está condicionada a la aceptación de esta Solicitud por la Compañía.
Fecha y Firma: / /	

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



EPIGRAFE	INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS
<b>Responsable del tratamiento</b>	ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, S.A.U.
<b>Finalidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro.</li> <li>- Enviar comunicaciones comerciales sobre bienes y/o servicios propios del Grupo ASISA.</li> </ul>
<b>Legitimación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La base legal para el tratamiento de sus datos es la <b>ejecución del contrato</b> de seguro entre el tomador y ASISA.</li> <li>- Asimismo, 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.</li> </ul>
<b>Destinatarios de cesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entidades que forman parte del Grupo ASISA y entidades colaboradoras del mismo.</li> <li>- 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 <a href="http://www.asisa.es">www.asisa.es</a>.</li> <li>- Administración Tributaria.</li> </ul>
<b>Derechos</b>	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.
<b>Información adicional</b>	Puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos (DPO) del Grupo ASISA ( <a href="mailto:DPO@grupoasisa.com">DPO@grupoasisa.com</a> ), así como consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: <a href="http://www.asisa.es">www.asisa.es</a>

Nombre y Apellidos: .....

N.I.F./N.I.E.:

Peso (kg.):

Fecha de nacimiento:

Talla (cm.):

1. ¿Ha sido ingresado en algún centro sanitario en los últimos 10 años, o tiene previsto hacerlo?  SI  NO

En caso afirmativo indique el motivo: .....

2. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?  SI  NO

En caso afirmativo indique el motivo: .....

3. ¿Toma alguna medicación?  SI  NO

En caso afirmativo indique cuáles: .....

4. ¿Consume alcohol o drogas?  SI  NO

En caso afirmativo indique el tipo y la cantidad consumida: .....

5. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, lesión o alteración de los siguientes tipos?

a. Cardíaca, vascular, pulmonar o respiratoria (como por ejemplo: hipertensión, arritmias, insuficiencia cardíaca o circulatoria, varices, asma, enfisema, trombosis, etc.)  SI  NO

b. Metabólica (del sistema endocrino) o del aparato digestivo (como por ejemplo: diabetes, enfermedades tiroideas, úlcera gastroduodenal, hernias, enfermedades del hígado o páncreas, etc.)  SI  NO

c. Reumatológicas, óseas o musculares (como por ejemplo: artritis, artrosis, escoliosis, hernias discales, fibromialgia, enfermedades musculares, secuelas de traumatismos, etc.)  SI  NO

d. Del Sistema nervioso, de los ojos o de los oídos (como por ejemplo: migrañas, epilepsia, Parkinson, parálisis, Alzheimer, glaucoma, degeneración macular, pérdida de visión, vértigos, pérdida de audición, etc.)  SI  NO

e. Hematológicas o de la coagulación de la sangre (como por ejemplo: tromboembolismo, anemia, hemofilia, etc.)  SI  NO

f. Del Riñón, tracto urológico y genital, o enfermedades ginecológicas (como por ejemplo: insuficiencia renal, alteraciones de la próstata, cólicos nefríticos, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades ginecológicas -de mama, útero, ovarios ...-, etc.)  SI  NO

g. Psiquiátricas (como por ejemplo: anorexia, bulimia, depresión, ansiedad psicosis, esquizofrenia, etc.)  SI  NO

h. ¿Tiene lesiones o secuelas de una enfermedad, alteración congénita o accidentes?  SI  NO

En caso de respuesta afirmativa indique cuáles: .....

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.

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

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.

Nombre y firma D./Dña.:

En nombre propio  Como contratante de la póliza o familiar mayor de edad

N.I.F./N.I.E.:

En

a

de

de 20

EPÍGRAFE	INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS
Responsable del tratamiento	ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, S.A.U.
Finalidad	<p>Cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro.</p> <p>Enviar comunicaciones comerciales sobre bienes y/o servicios propios del Grupo ASISA.</p>
Legitimación	<p>La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del contrato de seguro entre el tomador y ASISA.</p> <p>Asimismo, 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.</p>
Destinatarios de cesiones	<p>Entidades que forman parte del Grupo ASISA y entidades colaboradoras del mismo.</p> <p>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 <b>www.asisa.es</b></p> <p>Administración Tributaria.</p>
Derechos	<p>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.</p>
Información adicional	<p>Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: <b>www.asisa.es</b></p>

### Espacio reservado para asesoría médica

Médico valorador:

Adm. Producción:

Informes médicos que debe aportar para la contratación

Observaciones: