asisa dental

asisa

Código de Agente: .....

Nombre y Apellidos:.....

.....

N.I.F.: .....

CUPÓN DE SOLICITUD

Nombre y apellidos del titular: .....

Fecha de nacimiento: ..... N.I.F. del titular: .....

Teléfono fijo: ..... Teléfono móvil: ..... e-mail: .....

Dirección del titular: .....

Población: ..... Provincia: ..... Código Postal: .....

¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, ¿pertenece a algún colectivo? SI ☐ NO ☐ Especifique cuál.....

X Sí, deseo darme de alta en: ASISA DENTAL ☐ ASISA DENTAL FAMILIAR ☐ ASISA DENTAL PYMES ☐ ASISA DENTAL FUNCIONARIOS ☐ ASISA DENTAL FAMILIAR FUNCIONARIOS ☐

Forma de pago: BIMESTRAL ☐ TRIMESTRAL ☐ SEMESTRAL ☐ ANUAL ☐

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)

IBAN

Si usted desea dar de alta en ASISA DENTAL a otros miembros de su familia, facilítenos sus datos.

1) Nombre y apellidos: ..... Parentesco: .....
Fecha de nacimiento: ..... ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI ☐ NO ☐ N.I.F. del titular: .....

2) Nombre y apellidos: ..... Parentesco: .....
Fecha de nacimiento: ..... ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI ☐ NO ☐ N.I.F. del titular: .....

3) Nombre y apellidos: ..... Parentesco: .....
Fecha de nacimiento: ..... ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI ☐ NO ☐ N.I.F. del titular: .....

4) Nombre y apellidos: ..... Parentesco: .....
Fecha de nacimiento: ..... ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI ☐ NO ☐ N.I.F. del titular: .....

5) Nombre y apellidos: ..... Parentesco: .....
Fecha de nacimiento: ..... ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI ☐ NO ☐ N.I.F. del titular: .....

6) Nombre y apellidos: ..... Parentesco: .....
Fecha de nacimiento: ..... ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI ☐ NO ☐ N.I.F. del titular: .....

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 asegurado consiente expresamente que sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, sean tratados por ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTEPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. (ASISA), así como a que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros médicos, hospitales u otras instituciones o entidades del Grupo ASISA o aquellas otras que acrediten un interés legítimo y necesario para la prevención, diagnóstico médico, prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico, gestión de servicios sanitarios o seguimiento del proceso clínico. En todo caso, los datos serán 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 el tratamiento sanitario que esté recibiendo. Adicionalmente, el asegurado consiente expresamente a que sus datos personales, salvo sus datos de salud, puedan ser tratados para remitirle envíos publicitarios y/o de información comercial, acerca de la empresa, sus actividades, productos, servicios, ofertas promocionales especiales, etc., por diferentes medios, incluido el correo electrónico. El tratamiento de los datos con dichas finalidades sólo se mantendrá mientras subsista la relación contractual del asegurado con ASISA. Para ejecutar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos, el asegurado deberá dirigirse a ASISA, por correo postal a la C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 12, 28027, Madrid, o bien al siguiente correo electrónico: gtarifa@asisa.es.

Fecha y Firma: / / N.º Póliza

HUMEDECER AQUÍ

APA0045
M-10-16

Humedezca la banda engomada, pliegue y forme un sobre. Depósitelo en un buzón de correos. No necesita sello

HUMEDECER AQUÍ