



Sol·licitud Assegurança Assistència Sanitària

Tipus de pòlissa	Nom de l'agent
	Codi de l'agent

Els camps ombrats els ha d'emplenar ASISA (Assistència Sanitària Interprovincial de Seguros, S.A.U.).

<input type="checkbox"/> Alta de pòlissa	<input type="checkbox"/> Modificació de dades <small>Indiqui el núm. de pòlissa i empleni només les dades que calgui modificar</small>	<input type="checkbox"/> Baixa de pòlissa
<input type="checkbox"/> Salut <input type="checkbox"/> Dental	Producte	Núm. assegurats
		Data d'efecte de la pòlissa (DD/MM/AAAA) / /

PRENEDOR DE L'ASSEGURANÇA

N.I.F./N.I.E	Nom i cognoms		Núm. de pòlissa
Data de naixement (DD/MM/AAAA) / /	Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil	Nacionalitat
Professió			
Via	Domicili	Núm.	Pis Esc. Porta
Població	Província	Codi Postal	Telèfon Fix
Telèfon Mòbil	Adreça electrònica	Fax	¿Vol ser assegurat de la pòlissa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Té altres pòlisses d'ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quines? <input type="checkbox"/> Salut <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Altres:	Si ve d'una altra societat mèdica, indiqui'ns quina?	
Com ens ha conegut? <input type="checkbox"/> Premsa <input type="checkbox"/> Agent comercial <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Amic/Familiar <input type="checkbox"/> Altres			

ASEGURAT 1

N.I.F./N.I.E	Nom i cognoms		Núm. de pòlissa
Data de naixement (DD/MM/AAAA) / /	Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil	Nacionalitat
Professió			
Via	Domicili	Núm.	Pis Esc. Porta
Població	Província	Codi Postal	Telèfon Fix
Telèfon Mòbil	Adreça electrònica	Fax	¿Vol ser assegurat de la pòlissa? (Marit/Muller/Fill/Filla, etc.)
Té altres pòlisses d'ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quines? <input type="checkbox"/> Salut <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Altres:	Si ve d'una altra societat mèdica, indiqui'ns quina?	

ASEGURAT 2

N.I.F./N.I.E	Nom i cognoms		Núm. de pòlissa
Data de naixement (DD/MM/AAAA) / /	Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil	Nacionalitat
Professió			
Via	Domicili	Núm.	Pis Esc. Porta
Població	Província	Codi Postal	Telèfon Fix
Telèfon Mòbil	Adreça electrònica	Fax	¿Vol ser assegurat de la pòlissa? (Marit/Muller/Fill/Filla, etc.)
Té altres pòlisses d'ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quines? <input type="checkbox"/> Salut <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Altres:	Si ve d'una altra societat mèdica, indiqui'ns quina?	

ASEGURAT 3

N.I.F./N.I.E	Nom i cognoms		Núm. de pòlissa
Data de naixement (DD/MM/AAAA) / /	Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil	Nacionalitat
Professió			
Via	Domicili	Núm.	Pis Esc. Porta
Població	Província	Codi Postal	Telèfon Fix
Telèfon Mòbil	Adreça electrònica	Fax	¿Vol ser assegurat de la pòlissa? (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)
Té altres pòlisses d'ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quines? <input type="checkbox"/> Salut <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Altres:	Si ve d'una altra societat mèdica, indiqui'ns quina?	

ORDRE DE DOMICILIACIÓ DE DÈBIT DIRECTE SEPA

Titular del compte bancari

IBAN

Pagament: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

Abans de signar, ha de llegir la informació bàsica sobre protecció de dades que hi ha al revers d'aquest full

Preneador de l'assegurança:

Data i signatura:

/ /

L'emissió de la pòlissa està condicionada a l'acceptació d'aquesta sol·licitud per la companyia.



EPÍGRAF	INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES
Responsable del tractament	ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, S.A.U.
Finalitat	<ul style="list-style-type: none"> - Complir, controlar i executar la prestació sanitària garantida en el contracte d'assegurança. - Enviar comunicacions comercials sobre béns i/o serveis propis del Grup ASISA.
Legitimació	<ul style="list-style-type: none"> - La base legal per al tractament de les seves dades és l'execució del contracte d'assegurança entre el prenedor i ASISA. - A més, l'enviament de comunicacions comercials es basa en el consentiment que se li sol·licita, sense que en cap cas, la retirada d'aquest consentiment condicioni l'execució d'aquest contracte.
Destinatari de cessions	<ul style="list-style-type: none"> - Entitats que formen part del Grup ASISA i entitats col·laboradores. - Metges, centres mèdics, hospitals i altres institucions o persones, identificades com a prestadores de serveis sanitaris a la Llista de Facultatius elaborada per ASISA o al seu lloc web www.asisa.es. - Administració Tributària.
Drets	Pot exercir els drets d'accés, rectificació o supressió, limitació del tractament, oposició, portabilitat de les dades o a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzar, així com retirar el consentiment donat.
Informació addicional	Es pot adreçar al delegat de Protecció de dades (DPO) del Grup ASISA (DPO@grupoasisa.com), com també consultar la informació addicional i detallada sobre Protecció de dades al web d'ASISA: www.asisa.es

Nom i cognoms:

NIF/NIE:

Pes (kg.):

Data de naixement:

Talla (cm.):

1. Ha estat ingressat en algun centre sanitari durant els darrers 10 anys, o té previst fer-ho? SI NO

En cas afirmatiu, indiqui'n el motiu:

2. L'han intervingut quirúrgicament? SI NO

En cas afirmatiu indiqui'n el motiu:

3. Pren alguna medicació? SI NO

En cas afirmatiu indiqui quina:

4. Consumeix alcohol o drogues: SI NO

En cas afirmatiu indiqui'n el tipus i la quantitat consumida:

5. Té o ha tingut alguna malaltia, lesió o alteració dels tipus següents?

a. Cardíaca, vascular, pulmonar o respiratòria (com per exemple: hipertensió, arrítmies, insuficiència cardíaca o circulatòria, varius, asma, emfisema, trombosi, etc.) SI NO

b. Metabòlica (del sistema endocrí) o de l'aparell digestiu (com per exemple: diabetis, malalties tiroïdals, úlcera gastroduodenal, hèrnies, malalties del fetge o pàncrees, etc.) SI NO

c. Reumatològiques, òssies o musculars (com per exemple: artritis, artrosi, escoliosi, hèrnies discals, fibromiàlgia, malalties musculars, seqüeles de traumatismes, etc.) SI NO

d. Del sistema nerviós, dels ulls o de les orelles (com per exemple: migranyes, epilèpsia, Parkinson, paràlisi, Alzheimer, glaucoma, degeneració macular, pèrdua de visió, vertigen, pèrdua d'audició, etc.) SI NO

e. Hematològiques o de la coagulació de la sang (com per exemple: tromboembolisme, anèmia, hemofília, etc.) SI NO

f. Del ronyó, tracte urològic i genital, o malalties ginecològiques (com per exemple: insuficiència renal, alteracions de la pròstata, còlics nefrítics, malalties de transmissió sexual, malalties -de mama, úter, ovaris ...-, etc.) SI NO

g. Psiquiàtriques (com per exemple: anorèxia, bulímia, depressió, ansietat, psicosi, esquizofrènia, etc.) SI NO

h. Té lesions o seqüeles d'una malaltia, alteració congènita o accident? SI NO

En cas de resposta afirmativa, indiqui quines:

ASISA eludeix l'assistència que es deriva de l'atenció de patologies, situacions o processos anteriors a la contractació de la pòlissa o presents en el moment de la contractació, que es coneixien i no es van declarar, d'acord amb aquest qüestionari, com també les seqüeles, brots evolutius i complicacions que puguin produir. El sotassinat autoritza de forma expressa l'entitat ASISA, en relació amb el contingut d'aquest qüestionari, que faci els actes i gestions oportunes per comprovar la transcendència, existència, evolució o desaparició de les malalties o lesions que hagi d'assistir, com també per poder conèixer els possibles antecedents o conseqüències que puguin tenir i els tractaments que s'hagi seguit en cada cas amb aquesta entitat. De conformitat amb l'article 10 de la Llei de Contracte d'Assegurances, en cas de reserva o inexactitud a l'hora d'emplenar la declaració, l'assegurat perd el dret a la prestació garantida, i ASISA es reserva la facultat de rescindir automàticament la pòlissa. A l'efecte assenyalat, el signant declara que no ha tergiversat la realitat, no ha amagat la existència de cap malaltia ni defecte.

Abans de signar, també ha de llegir la informació bàsica sobre protecció de dades que hi ha al revers.

Quan signi, el prenedor de l'assegurança declara que ha obtingut el coneixement exprés de cadascun dels assegurats/membres del grup familiar, per poder incorporar totes les seves dades de salut a aquest qüestionari.

Nom i signatura Sr./Sra.:

En nom propi

Com a contractant de la pòlissa o familiar major d'edat

NIF/NIE:

A

el

de

del 20

EPÍGRAF	INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES
Responsable del tractament	ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, S.A.U.
Finalitat	<p>Complir, controlar i executar la prestació sanitària que garanteix el contracte d'assegurança.</p> <p>Enviar comunicacions comercials sobre béns i/o serveis propis del Grup ASISA.</p>
Legitimació	<p>La base legal per al tractament de les dades és l'execució del contracte d'assegurança entre el prenedor i ASISA.</p> <p>Així mateix, l'enviament de comunicacions comercials es basa en el consentiment que se li sol·licita, i la retirada del consentiment no condiona l'execució del contracte.</p>
Destinataris de cessions	<p>Entitats que formen part del Grup ASISA i entitats que hi col·laboren.</p> <p>Metges, centres mèdics, hospitals i altres institucions o persones, identificades com a prestadores de serveis sanitaris a la llista de facultatius que elabora ASISA o al web www.asisa.es</p> <p>Administració tributaria.</p>
Drets	<p>Pot exercir els drets d'accés, rectificació o supressió, limitació del tractament, oposició, portabilitat de les dades o a no ser objecte d'una decisió que només es basi en el tractament automatitzat, com també a retirar el consentiment prestat.</p>
Informació addicional	<p>Pot consultar la informació addicional i detallada sobre protecció de dades al web d'ASISA: www.asisa.es</p>

Espai reservat per a assessorament mèdic

Metge valorador:

.....

Adm. Producció:

.....

Informes mèdics que ha d'aportar per a la contractació

.....

Observacions:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....