

<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](http://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.