



# Solicitud de Seguro de Asistencia Sanitaria

NÚMERO DE COLECTIVO:	NÚMERO DE COLEGIADO:
----------------------	----------------------

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"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental	Producto	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	¿Desea ser Asegurado de la Póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <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 cual?		
¿Cómo nos conoció? <input type="checkbox"/> Prensa <input type="checkbox"/> Agente Comercial <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar <input type="checkbox"/> Otros				

## 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	Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)		
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <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 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	Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)		
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <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 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	Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)		
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <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 cual?		

## ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la Cuenta Bancaria:

IBAN

Forma de pago:  Mensual  Bimestral  Trimestral  Semestral  Anual

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

Tomador del Seguro:

Fecha y Firma:

/ /

La emisión de la póliza está condicionada a la aceptación de esta Solicitud por la Compañía.



## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Si tu respuesta es "SI" en ambas finalidades, solo tienes que marcar esta casilla <input type="checkbox"/></b>	
Para que ASISA me remita información personalizada de empresas del Grupo ASISA y otras empresas con las que colabora.	Si <input type="checkbox"/>
Para que ASISA comunique mis datos a las empresas del Grupo ASISA y colaboradoras, con la finalidad de que me informen de sus productos y servicios. La lista de las empresas colaboradoras está a disposición del cliente en <a href="https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros">https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros</a> .	Si <input type="checkbox"/>

<b>Responsable</b>	<b>ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.U.</b>
<b>Finalidad</b>	- Atender, gestionar y ejecutar la prestación de servicios de tu solicitud de seguro. - Recibir comunicaciones personalizadas de ASISA sobre sus seguros y servicios propios así como realizar encuestas de opinión.
<b>Legitimación</b>	La base legal para el tratamiento de tus datos se encuentra en la ejecución del contrato de seguro entre el tomador y ASISA, el cumplimiento de obligaciones legales, en el interés legítimo, así como en el consentimiento.
<b>Destinatarios</b>	- Entidades, organismos e instituciones que pudieran acreditar un interés legítimo u obligación legal. - Empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras, en caso de haber obtenido tu consentimiento.
<b>Derechos</b>	Puedes 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 oponerte al envío de comunicaciones electrónicas a través del buzón <a href="mailto:DPO@grupoasisa.com">DPO@grupoasisa.com</a>
<b>Información adicional</b>	Puedes dirigirte 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="https://www.asisa.es/informacion-adicional-rgpd">https://www.asisa.es/informacion-adicional-rgpd</a>



## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Si tu respuesta es "SI" en ambas finalidades, solo tienes que marcar esta casilla <input type="checkbox"/></b>	
Para que ASISA me remita información personalizada de empresas del Grupo ASISA y otras empresas con las que colabora.	Si <input type="checkbox"/>
Para que ASISA comunique mis datos a las empresas del Grupo ASISA y colaboradoras, con la finalidad de que me informen de sus productos y servicios. La lista de las empresas colaboradoras está a disposición del cliente en <a href="https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros">https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros</a> .	Si <input type="checkbox"/>

<b>Responsable</b>	<b>ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.U.</b>
<b>Finalidad</b>	- Atender, gestionar y ejecutar la prestación de servicios de tu solicitud de seguro. - Recibir comunicaciones personalizadas de ASISA sobre sus seguros y servicios propios así como realizar encuestas de opinión.
<b>Legitimación</b>	La base legal para el tratamiento de tus datos se encuentra en la ejecución del contrato de seguro entre el tomador y ASISA, el cumplimiento de obligaciones legales, en el interés legítimo, así como en el consentimiento.
<b>Destinatarios</b>	- Entidades, organismos e instituciones que pudieran acreditar un interés legítimo u obligación legal. - Empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras, en caso de haber obtenido tu consentimiento.
<b>Derechos</b>	Puedes 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 oponerte al envío de comunicaciones electrónicas a través del buzón <a href="mailto:DPO@grupoasisa.com">DPO@grupoasisa.com</a>
<b>Información adicional</b>	Puedes dirigirte 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="https://www.asisa.es/informacion-adicional-rgpd">https://www.asisa.es/informacion-adicional-rgpd</a>