

<input type="checkbox"/> Alta de Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos <small>Indique el nº de póliza y cumplimiento 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.
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 decirnos 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.
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 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.
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 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.
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 decirnos 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.
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 decirnos cual?			

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la Cuenta Bancaria: _____

IBAN:

Forma de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual

Seguro mediado por Santander Mediación Operador de Banca-Seguros Vinculado, S.A. CIF a-28360311 a través de su Red de Distribución: Banco Santander, S.A. Operador inscrito en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con nº OV-0042. Responsabilidad Civil y Capacidad Financiera cubierta según legislación vigente

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.



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