



Solicitud de Seguro de Asistencia Sanitaria

Table with 2 rows: Tipo de Póliza (Nº Colectivo), Nombre Colectivo

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U.).

Form with fields: Alta de Póliza, Modificación de Datos, Baja de Póliza, Alta Beneficiario, N.º Referencia, Salud, Dental, Producto, N.º Asegurados, Fecha de Efecto de la Póliza

TOMADOR DEL SEGURO

Form for Tomador del Seguro with fields: N.I.F./N.I.E, Nombre y Apellidos, N.º de Póliza, Fecha de Nacimiento, Sexo, Estado civil, Nacionalidad, Profesión, Vía, Domicilio, Población, Provincia, Código Postal, Teléfono Fijo, Teléfono Móvil, E-mail, Fax, ¿Desea ser Asegurado de la Póliza?, ¿Tiene otras pólizas de ASISA?, ¿Cuáles?, Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?

ASEGURADO 1

Form for Asegurado 1 with fields: N.I.F./N.I.E, Nombre y Apellidos, N.º de Póliza, Fecha de Nacimiento, Sexo, Estado civil, Nacionalidad, Profesión, Vía, Domicilio, Población, Provincia, Código Postal, Teléfono Fijo, Teléfono Móvil, E-mail, Fax, Parentesco con Tomador, ¿Tiene otras pólizas de ASISA?, ¿Cuáles?, Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?

ASEGURADO 2

Form for Asegurado 2 with fields: N.I.F./N.I.E, Nombre y Apellidos, N.º de Póliza, Fecha de Nacimiento, Sexo, Estado civil, Nacionalidad, Profesión, Vía, Domicilio, Población, Provincia, Código Postal, Teléfono Fijo, Teléfono Móvil, E-mail, Fax, Parentesco con Tomador, ¿Tiene otras pólizas de ASISA?, ¿Cuáles?, Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?

ASEGURADO 3

Form for Asegurado 3 with fields: N.I.F./N.I.E, Nombre y Apellidos, N.º de Póliza, Fecha de Nacimiento, Sexo, Estado civil, Nacionalidad, Profesión, Vía, Domicilio, Población, Provincia, Código Postal, Teléfono Fijo, Teléfono Móvil, E-mail, Fax, Parentesco con Tomador, ¿Tiene otras pólizas de ASISA?, ¿Cuáles?, Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la Cuenta Bancaria:

IBAN form with 12 boxes for digits

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.



ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 4280, Folio M-71.043 - C.I.F.: A-08149294 - Domicilio Social: Juan Ignacio Luca de Tena, 12 - 28027 Madrid

| 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 |