



Solicitud de Seguro de Asistencia Sanitaria

Tipo de Póliza	Nº Colectivo		
Nombre Colectivo			

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

<input type="checkbox"/> Alta de Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar	<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.	Puerta
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 decírnos 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.	Puerta
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 decírnos 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			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 decírnos 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			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 decírnos 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.	Puerta
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 decírnos cual?			

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la Cuenta Bancaria:

IBAN

Forma de pago: Mensual 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.

EPIGRAFE		INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS
Responsable del tratamiento	ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, S.A.U.	
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro. - Enviar comunicaciones comerciales sobre bienes y/o servicios propios del Grupo ASISA. 	
Legitimación	<ul style="list-style-type: none"> - La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del contrato de seguro entre el tomador y ASISA. - Así mismo, el envío de comunicaciones comerciales se basa en el consentimiento que se le solicita, sin que en ningún caso la retirada de dicho consentimiento condicione la ejecución de dicho contrato. 	
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	