

<input type="checkbox"/> Alta de Póliza		<input type="checkbox"/> Modificación de Datos <small>Indique el n° de póliza y cumplimente solo los datos a modificar</small>		<input type="checkbox"/> Baja de Póliza	
<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			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?			
¿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			Fax		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			Fax		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			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 ☐ 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.



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. - Asimismo, 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