



Solicitud de Seguro de Asistencia Sanitaria

Tipo de Póliza	Nombre del Agente	S.I Aurin
	Código de Agente	B85547727

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 Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar	<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"/> 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. 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?		

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Forma de pago: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente que sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, sean tratados por "ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.", así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros médicos, hospitales, reasegurados u 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. Asimismo, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, salvo los datos de salud, sean cedidos a entidades colaboradoras de ASISA. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro, cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y la asistencia sanitaria que esté recibiendo. Adicionalmente, el asegurado consiente expresamente que sus datos personales, salvo los de salud, puedan ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial acerca de la empresa, sus actividades, productos, servicios, ofertas promocionales especiales, etc. por diferentes medios, incluido el correo electrónico. En el supuesto de que el asegurado no desee prestar su consentimiento para los citados fines puede dirigirse a su Delegación o a los servicios jurídicos de ASISA. El tratamiento de los datos para dichas finalidades se mantendrá mientras subsista cualquier relación de negocio o contractual con ASISA. Para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición deberá dirigirse a ASISA por correo postal o, bien, a través de correo electrónico (Madrid, C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 12 - ajudicia.juridica@asisa.es). En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para desarrollar los fines propios del contrato de seguro.

Tomador del Seguro:

Fecha y Firma:

/ /

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

