

TOMADOR DEL SEGURO

N.I.F./N.I.E		Nombre y Apellidos					
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Nacionalidad			
Vía	Domicilio			Nº	Piso	Esc.	Puerta
Población			Provincia		Código Postal		Teléfono Fijo
Teléfono Móvil		E-mail					
Nº documento: <input type="checkbox"/> NIF/CIF <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de residencia							

DATOS BANCARIOS DEL TOMADOR

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

IBAN	<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

GARANTÍAS

- Garantía Principal: DECESOS
- Garantías Complementarias:
 - ASISTENCIA: ASISTENCIA EN VIAJE Y ASISTENCIA LEGAL POR FALLECIMIENTO
 - CONSEJO LEGAL Y ASISTENCIA JURÍDICA TELEFÓNICA

Fecha de efecto de la póliza: _____

DATOS DE LOS ASEGURADOS

	Nombre y apellidos	NIF	Sexo (H/M)	Fecha Nacimiento
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

El Tomador declara conocer que las personas que se incluyen como aseguradas en la presente Solicitud de Seguro NO padecen enfermedad grave alguna que pueda ser causa de fallecimiento y que no han sufrido accidente alguno cuyas secuelas no sean ya definitivas. Declaración que formula a los efectos del Artículo 10 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro.

El Tomador declara haber contestado verazmente a la información solicitada en los apartados precedentes y a la Declaración de Salud relativa a los asegurados y haber sido autorizado por cada uno de ellos a dichos efectos, quedando facultada ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. a realizar las comprobaciones necesarias relativas al estado de salud, actual o pasado.

Conforme a lo establecido en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa al tomador y al asegurado y éstos consienten en que los datos personales proporcionados (incluidos los de salud) en el curso de la relación contractual, que serán siempre adecuados, pertinentes y no excesivos, sean tratados de manera automatizada por ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U., con las finalidades de: i) dar cumplimiento a la relación contractual, ii) la prevención e investigación del fraude, iii) la gestión y el desenvolvimiento propio de la actividad aseguradora, iv) la valoración y delimitación del riesgo.

Los datos proporcionados serán incluidos en un fichero automatizado titularidad y responsabilidad de ASISA e inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos. ASISA asume las medidas de índole técnica, organizativa y de seguridad establecidas en el Reglamento de la LOPD, y garantiza la confidencialidad e integridad de los datos de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre Protección de Datos de Carácter Personal, cuyo tratamiento sólo responderá a las finalidades descritas en el párrafo anterior. Los citados datos, incluidos los de salud, serán objeto de tratamiento por ASISA así como por aquellas otras entidades públicas o privadas que intervengan en la gestión de su actividad (profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y entidades con las que mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o de colaboración, para la correcta prestación del servicio, ejecución y cumplimiento del seguro).

Además, consienten en que sus datos personales, salvo los de salud, puedan ser tratados para remitirles información comercial propia o de terceros, por diferentes medios (incluido correo electrónico), salvo que marquen la siguiente casilla:

"No deseo que se traten mis datos para fines comerciales o publicitarios"

Dependiendo de los servicios contratados, los datos solicitados podrán ser voluntarios u obligatorios, según se indique, si bien, la ausencia de respuesta a las preguntas formuladas o la falsedad de éstas, cuando se indique la obligatoriedad de responderlas, impedirá gestionar la solicitud, siendo por ello obligatorio contestar verazmente. La negativa a proporcionar datos obligatorios supondrá la no prestación del servicio o la imposibilidad de acceder al mismo. ASISA se reserva el derecho de excluir los servicios solicitados cuando el asegurado o beneficiario faciliten datos falsos, sin perjuicio de las demás acciones que procedan en Derecho.

El tomador del seguro y el asegurado i) consienten en que ASISA comunique sus datos a los beneficiarios y ii) asumen el compromiso de informar a los beneficiarios del contenido de esta cláusula y de obtener el consentimiento de éstos para facilitar sus datos a ASISA. Los titulares de los datos podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. (Asesoría Jurídica), Calle Juan Ignacio Luca de Tena 12, Madrid 28027, o bien al email ajuridica.juridica@asisa.es.

EL TOMADOR: _____ Nombre y Firma: _____

N.I.F.: _____ En _____, a _____ de _____ de 20____