Solicitud de Alta Seguro de Asistencia Sanitaria

☐ Alta de Póliza | ☐ Modificación de Datos
Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar

Tipo de Póliza:

Nombre del Distribuidor: | Código del Distribuidor:

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

Producto base:

Nº Asegurados: Fecha de Efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA) / /

TOMADOR DEL SEGURO

NIF/NIE/CIF/PTE: N.º de Póliza

Nombre y Apellidos / Razón Social: Fecha de Nacimiento / /

Sexo: Estado civil: Nacionalidad:

Domicilio: N.º: Piso: Esc.: Puerta:

Población: Provincia: Código Postal:

Profesión: Teléfono Fijo: Teléfono Móvil:

Correo electrónico:

¿Desea ser Asegurado de la Póliza? ☐ Si Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental: ☐

Indemnización Hospitalización: ☐ 30€/día ☐ 60€/día ☐ 90€/día

Accidentes: ☐ 10.000€ ☐ 20.000€ ☐ 30.000€

ASEGURADO 1 (Distinto de Tomador)

NIF/NIE/CIF/PTE: N.º de Póliza

Nombre y Apellidos / Razón Social: Fecha de Nacimiento / /

Sexo: Estado civil: Nacionalidad:

Domicilio: N.º: Piso: Esc.: Puerta:

Población: Provincia: Código Postal:

Profesión: Teléfono Fijo: Teléfono Móvil:

Correo electrónico:

Relación con el Tomador: Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental: ☐

Indemnización Hospitalización: ☐ 30€/día ☐ 60€/día ☐ 90€/día

Accidentes: ☐ 10.000€ ☐ 20.000€ ☐ 30.000€

ASEGURADO 2

NIF/NIE/CIF/PTE: N.º de Póliza

Nombre y Apellidos / Razón Social: Fecha de Nacimiento / /

Sexo: Estado civil: Nacionalidad:

Domicilio: N.º: Piso: Esc.: Puerta:

Población: Provincia: Código Postal:

Profesión: Teléfono Fijo: Teléfono Móvil:

Correo electrónico:

Relación con el Tomador: Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental: ☐

Indemnización Hospitalización: ☐ 30€/día ☐ 60€/día ☐ 90€/día

Accidentes: ☐ 10.000€ ☐ 20.000€ ☐ 30.000€

ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 4280, Folio 111, Hoja M-71.063 - C.I.F.: A-081.69294 - Domicilio Social: Juan Ignacio Luca de Tena, 12 - 28027 Madrid

ASEGURADO 3

NIF/NIE/CIF/PTE: | N.º de Póliza

Nombre y Apellidos / Razón Social: | Fecha de Nacimiento / /

Sexo: | Estado civil: | Nacionalidad:

Domicilio: | N.º: | Piso: | Esc.: | Puerta:

Población: | Provincia: | Código Postal:

Profesión: | Teléfono Fijo: | Teléfono Móvil:

Correo electrónico:

Relación con el Tomador: | Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental: ☐

Indemnización Hospitalización: ☐ 30€/día ☐ 60€/día ☐ 90€/día

Accidentes: ☐ 10.000€ ☐ 20.000€ ☐ 30.000€

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la Cuenta Bancaria (Tomador):

IBAN: _____

Forma de pago: ☐ Mensual ☐ Bimestral ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

COPAGOS (solo aplicable a pólizas con copagos)

¿Los copagos se cobran en la misma cuenta que la prima? ☐ Si ☐ No

Orden de Domiciliación de Adeudo Directo SEPA

Titular de la cuenta Bancaria:

IBAN: _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Si tu respuesta es "SI" en ambas finalidades, solo tienes que marcar esta casilla ☐	
Para que ASISA me remita información personalizada de empresas del Grupo ASISA y otras empresas con las que colabora.	Si ☐
Para que ASISA comunique mis datos a las empresas del Grupo ASISA y colaboradoras, con la finalidad de que me informen de sus productos y servicios. La lista de las empresas colaboradoras está a disposición del cliente en https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros.	Si ☐

Responsable	**ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.U.**
Finalidad	- Atender, gestionar y ejecutar la prestación de servicios de tu solicitud de seguro. - Recibir comunicaciones personalizadas de ASISA sobre sus seguros y servicios propios así como realizar encuestas de opinión.
Legitimación	La base legal para el tratamiento de tus datos se encuentra en la ejecución del contrato de seguro entre el tomador y ASISA, el cumplimiento de obligaciones legales, en el interés legítimo, así como en el consentimiento.
Destinatarios	- Entidades, organismos e instituciones que pudieran acreditar un interés legítimo u obligación legal. - Empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras, en caso de haber obtenido tu consentimiento.
Derechos	Puedes 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 oponerte al envío de comunicaciones electrónicas a través del buzón DPO@grupoasisa.com
Información adicional	Puedes dirigirte 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: https://www.asisa.es/informacion-adicional-rgpd

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en esta solicitud y reconozco haber recibido la Información Previa a la Contratación del seguro contenida en esta solicitud y en el Documento de Información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud**.**

En , a de de 20

Firma del tomador:

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