

☐ Alta de Póliza	☐ Modificación de Datos Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar	Tipo de Póliza:	
Producto base:		Nombre del Distribuidor:	Código del Distribuidor:
Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U.).			
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 ☐ No 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€		

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: