

SOLICITUD DE SEGURO



CODIGO DE OFICINA: _____ CODIGO DE GESTOR: _____
 N° COLECTIVO: _____ NOMBRE: _____

<input type="checkbox"/> Nueva Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos	<input type="checkbox"/> Baja de Póliza	<input type="checkbox"/> Alta Asegurado	Nº de Referencia	Nº Asegurados	Fecha de Efecto de la Póliza
---------------------------------------	--	---	---	------------------	---------------	------------------------------

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

TOMADOR DEL SEGURO

N.I.F./N.I.E.	Nombre y Apellidos				Nº de Póliza/Certificado	
Producto <input type="checkbox"/> Salud Asisa Satisfacción	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil		Nacionalidad	
Profesión	Domicilio				Población	
Provincia	Código Postal	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail		
¿Desea ser Asegurado de la Póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿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 cuál?	

ASEGURADO 1

N.I.F./N.I.E.	Nombre y Apellidos				Nº de Póliza/Certificado	
Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil		Nacionalidad		
Profesión	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail			
Relación con Tomador <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	¿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 cuál?	

ASEGURADO 2

N.I.F./N.I.E.	Nombre y Apellidos				Nº de Póliza/Certificado	
Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil		Nacionalidad		
Profesión	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail			
Relación con Tomador <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	¿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 cuál?	

ASEGURADO 3

N.I.F./N.I.E.	Nombre y Apellidos				Nº de Póliza/Certificado	
Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil		Nacionalidad		
Profesión	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail			
Relación con Tomador <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	¿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 cuál?	

ASEGURADO 4

N.I.F./N.I.E.	Nombre y Apellidos				Nº de Póliza/Certificado	
Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil		Nacionalidad		
Profesión	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail			
Relación con Tomador <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	¿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 cuál?	

DATOS BANCARIOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Titular de la Cuenta Bancaria:						
Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	Banco:	Código Cuenta Cliente (C.C.C.)		Cuenta:		
		Sucursal:	D.C.			

Seguro mediado por Santander Mediación Operador de Banca-Seguros Vinculado, S.A. CIF A-28360311 a través de su Red de Distribución: Banco Santander, S.A. Operador inscrito en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con nº OV-0042. Responsabilidad Civil y Capacidad Financiera cubierta según legislación vigente.

En cumplimiento de 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 a que sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, sean tratados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal), así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros médicos, hospitales 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. 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 el tratamiento sanitario que esté recibiendo. Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial, acerca de la empresa, sus actividades, productos, servicios, ofertas, promociones especiales, etc., por diferentes medios, inclusive el correo electrónico. El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá, mientras se mantenga cualquier relación de negocio o contractual con ASISA. En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero, el aportante garantiza que tiene la autorización de los mismos para su comunicación a ASISA, en los términos y con los fines expuestos en la presente cláusula. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos deberá dirigirse a ASISA. 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 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.

OPS-SUS-210-1111