



Solicitud de Seguro de Asistencia Sanitaria

| | |
|----------------|-------------------|
| Tipo de Póliza | Nombre del Agente |
| | Código de Agente |

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"/> 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 decírnos 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"/> 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 decírnos 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"/> 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 decírnos 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"/> 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 decírnos cual? | | |

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la Cuenta Bancaria:

IBAN

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 - jurídica.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.



| EPIGRAFE | INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS |
|------------------------------------|--|
| Responsable del tratamiento | ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, S.A.U. |
| Finalidad | <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro. - Enviar comunicaciones comerciales sobre bienes y/o servicios propios del Grupo ASISA. |
| Legitimación | <ul style="list-style-type: none"> - La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del contrato de seguro entre el tomador y ASISA. - Asimismo, el envío de comunicaciones comerciales se basa en el consentimiento que se le solicita, sin que en ningún caso la retirada de dicho consentimiento condicione la ejecución de dicho contrato. |
| Destinatarios de cesiones | <ul style="list-style-type: none"> - Entidades que forman parte del Grupo ASISA y entidades colaboradoras del mismo. - Médicos, centros médicos, hospitales y 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. - Administración Tributaria. |
| Derechos | Puede 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 a retirar el consentimiento prestado. |
| Información adicional | Puede dirigirse 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: www.asisa.es |

Nombre y Apellidos:

N.I.F./N.I.E.:

Peso (kg.):

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Talla (cm.):

Hombre Mujer

1. ¿Ha sido ingresado en algún centro sanitario en los últimos 10 años, o tiene previsto hacerlo? SI NO
En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

2. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente, o tiene previsto hacerlo? SI NO
En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

3. ¿Padece o ha padecido algún proceso tumoral o cáncer? En caso afirmativo cuáles y la/s fecha/s de diagnóstico: SI NO

4. ¿Tiene o ha tenido algún síntoma, dolor o alteración de forma persistente, periódica o reiterada, o está bajo control o seguimiento médico por algún motivo? SI NO
En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

5. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, lesión o alteración de los siguientes tipos?

5.1 Cardíaca, vascular, pulmonar o respiratoria (p. ej.: hipertensión, arritmias, insuficiencia cardíaca o circulatoria, varices, asma, enfisema, trombosis...). SI NO

5.2 Metabólica (del sistema endocrino) o del aparato digestivo (p. ej.: del hígado o páncreas, úlcera gastroduodenal, hernias, diabetes, tiroideas...). SI NO

5.3 Reumatológicas, óseas o musculares (p. ej.: artritis, artrosis, escoliosis, hernia discal, fibromialgia, lupus, esclerodermia, enfermedad muscular, secuelas de traumatismos, psoriasis...). SI NO

5.4 Del sistema nervioso, de los ojos o de los oídos (p. ej.: migrañas, epilepsia, Parkinson, parálisis, Alzheimer, glaucoma, degeneración macular, pérdida de visión, TDAH...). SI NO

5.5 Hematológicas o de la coagulación (p. ej.: tromboembolismo, anemia, hemofilia, leucemia...). SI NO

5.6 Del Riñón, tracto urológico y genital, o ginecológicas (p. ej.: insuficiencia renal, alteraciones de la próstata, cólicos nefríticos, de transmisión sexual, ginecológicas -de mama, útero, ovarios...). SI NO

5.7 Psiquiátricas (p. ej.: anorexia, bulimia, depresión, ansiedad psicosis, esquizofrenia...). SI NO

5.8 Infecciosas (p. ej.: hepatitis, covid-19, tuberculosis, parasitosis, septicemia, enfermedades tropicales...). SI NO

En caso afirmativo indique cuáles:

6. ¿Toma alguna medicación? SI NO

En caso afirmativo indique cuál, dosis y frecuencia (pauta):

7. ¿Consuma alcohol, drogas o fuma? SI NO

En caso afirmativo indique tipo, cantidad consumida y frecuencia:

8. ¿Tiene lesiones o secuelas de una enfermedad, alteración congénita o hereditaria, malformaciones o accidente? En caso afirmativo indique cuáles y aporte informe médico: SI NO

9. ¿Tiene reconocida o está en proceso de valoración de alguna minusvalía o incapacidad? SI NO

En caso afirmativo indique cuáles y aporte informe médico:

ASISA elude la asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados, conforme al presente cuestionario, así como de sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA, en relación con el contenido del presente cuestionario, a que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya que prestar su asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos en cada caso a través de esta Entidad. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose ASISA la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

Información básica sobre protección de datos.

Mediante su firma, el Tomador del Seguro declara haber recabado y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/miembros del grupo familiar, con la finalidad de incorporar al presente cuestionario todos los datos de salud relativos a los mismos.

Nombre y firma D./Dña.:

En nombre propio Como contratante de la póliza o familiar mayor de edad

N.I.F./N.I.E.: En a de de 20.....

