

<input type="checkbox"/> Alta de Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos <small>Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar</small>	Tipo de Póliza:
Producto base:		Nombre del Distribuidor: Código del Distribuidor:
<small>Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U.).</small>		

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? <input type="checkbox"/> Si Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?					

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental:	<input type="checkbox"/>				
Indemnización Hospitalización:	<input type="checkbox"/> 30€/día	<input type="checkbox"/> 60€/día	<input type="checkbox"/> 90€/día		
Accidentes:	<input type="checkbox"/> 10.000€	<input type="checkbox"/> 20.000€	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/>				
Indemnización Hospitalización:	<input type="checkbox"/> 30€/día	<input type="checkbox"/> 60€/día	<input type="checkbox"/> 90€/día		
Accidentes:	<input type="checkbox"/> 10.000€	<input type="checkbox"/> 20.000€	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/>				
Indemnización Hospitalización:	<input type="checkbox"/> 30€/día	<input type="checkbox"/> 60€/día	<input type="checkbox"/> 90€/día		
Accidentes:	<input type="checkbox"/> 10.000€	<input type="checkbox"/> 20.000€	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/>		
Indemnización Hospitalización:	<input type="checkbox"/> 30€/día	<input type="checkbox"/> 60€/día	<input type="checkbox"/> 90€/día
Accidentes:	<input type="checkbox"/> 10.000€	<input type="checkbox"/> 20.000€	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	
Para que ASISA me remita información personalizada de empresas del Grupo ASISA y otras empresas con las que colabora.	Si <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>

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:

Nombre y Apellidos: Fecha de nacimiento:
 N.I.F./N.I.E.: Peso (kg.): Talla (cm.): Sexo: 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:

(*) Salvo secuelas o complicaciones, no es preciso declarar las hospitalizaciones o intervenciones por los siguientes motivos: amigdalectomía, adenoidectomía, apendicectomía, cesárea, parto, ligadura de trompas, quistes sebáceos o lipomas, vasectomía, fimosis, orzuelos/chalazión o cirugía correctora agudeza visual.

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

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...). No es preciso reflejar catarros o gripes, salvo que hayan precisado hospitalización o generado secuelas. 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...). No es preciso reflejar miopía (con menos de 8 dioptrías en cada ojo), astigmatismo, hipermetropía y/o presbicia. 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 el motivo y la/s fecha/s:

6. ¿Toma alguna medicación? SI NO
 En caso afirmativo indique cuál, dosis y frecuencia (pauta):

7. ¿Consume/ha consumido alcohol o drogas? ¿Fuma o ha fumado? 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? SI NO
 En caso afirmativo indique cuáles y aporte informe médico:

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 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.....

