



Solicitud de Seguro de Hospitalización

Tipo de póliza	Nombre del Agente
	Código de Agente

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por la Compañía

<input type="checkbox"/> Alta de Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos	<input type="checkbox"/> Baja de Póliza	Fecha de Efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA)
Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar			/ /

Indemnización que desea contratar:

30 €/día 36 €/día 42 €/día 48 €/día 54 €/día 60 €/día 66 €/día 72 €/día 78 €/día 84 €/día 90 €/día

TOMADOR DEL SEGURO

N.I.F./N.I.E		Nombre y Apellidos			Nº 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	Correo electrónico
Fax	¿Desea ser asegurado de la Póliza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Accidentes <input type="checkbox"/> Otros

ASEGURADO (si es distinto del Tomador)

N.I.F./N.I.E		Nombre y Apellidos			Nº 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	Fax
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Accidentes <input type="checkbox"/> Otros			

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la cuenta:	Forma de pago: <input checked="" type="checkbox"/> Anual
IBAN:	

CUESTIONARIO DE SALUD (el asegurado declara): Si

- 1.- Que se encuentra actualmente en buen estado de salud.
- 2.- Que no ha sufrido ni sufre actualmente dolencia o enfermedad por la que esté en tratamiento de cualquier tipo.
- 3.- Que durante los 2 últimos años no ha estado 10 o más días consecutivos de baja laboral, y no ha estado hospitalizado durante 3 ó más días consecutivos en más de dos ocasiones.
- 4.- Que no está pendiente de algún diagnóstico o prueba médica.
- 5.- Que no tiene previsto someterse y/o no se le ha indicado la realización de algún tratamiento médico o intervención quirúrgica.
- 6.- Que no ha tenido ningún accidente o enfermedad que la haya dejado secuelas físicas.
- 7.- Que no practica algún deporte de riesgo o realiza actividad peligrosa.

Si usted no está de acuerdo con alguna de estas afirmaciones o no las considera correctas, por favor, infórmenos con detalle de los motivos:

EPIGRAFE	INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS
Responsable del tratamiento	ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, S.A.U.
Finalidad	- Percibir la indemnización que se desee contratar en caso de hospitalización..
Legitimación	- La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del contrato de seguro entre el tomador y ASISA.
Destinatarios de cesiones	- 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
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, todo ello de forma gratuita, tal como se detalla en la información completa sobre protección de datos.
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

Tomador del seguro	Asegurado (si es distinto del Tomador)
Fecha y Firma:	Fecha y Firma:

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