

N.º Colectivo	Nombre del Agente
	Código de Agente

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por la Compañía

TOMADOR DEL SEGURO

N.I.F./N.I.E		Nombre y Apellidos						
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Nacionalidad				
Vía	Domicilio				Nº	Piso	Esc.	Puerta
Población			Provincia		Código Postal		Teléfono Fijo	
Teléfono Móvil		E-mail						
Nº documento: <input type="checkbox"/> NIF/CIF <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de residencia							Fecha de efecto de la póliza	

DATOS BANCARIOS DEL TOMADOR

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Forma de pago: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

GARANTÍAS

- Garantía Principal: DECESOS
- Garantías Complementarias:
 - ASISTENCIA: ASISTENCIA EN VIAJE Y ASISTENCIA LEGAL POR FALLECIMIENTO
 - CONSEJO LEGAL Y ASISTENCIA JURÍDICA TELEFÓNICA

Garantía Opcional: ESPAÑOLES RESIDENTES EN EL EXTRANJERO

DATOS DE LOS ASEGURADOS

N.º	Nombre y apellidos	NIF	Sexo (H/M)	Fecha Nacimiento
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Garantía opcional (Españoles Residentes en el Extranjero)	Nº Aseg.:	Dirección en el extranjero:	Pais:

El Tomador declara conocer que las personas que se incluyen como aseguradas en la presente Solicitud de Seguro NO padecen enfermedad grave alguna que pueda ser causa de fallecimiento y que no han sufrido accidente alguno cuyas secuelas no sean ya definitivas. Declaración que formula a los efectos del Artículo 10 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro.

El Tomador declara haber contestado verazmente a la información solicitada en los apartados precedentes y a la Declaración de Salud relativa a los asegurados y haber sido autorizado por cada uno de ellos a dichos efectos, quedando facultada ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. a realizar las comprobaciones necesarias relativas al estado de salud, actual o pasado.

EPIGRAFE	INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS
Responsable del tratamiento	ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, S.A.U.
Finalidad	– Atender, gestionar y ejecutar la prestación de servicios de su solicitud de seguro "Asisa Decesos".
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 , personas, organismos, o instituciones que acrediten un interés legítimo.
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

EL TOMADOR: _____ Nombre y Firma: _____

N.I.F.: _____ En _____, a _____ de _____ de 20_____