



Solicitud de Seguro de Accidentes Plus

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 <small>Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar</small>	Fecha de Efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA) / /
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

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 Móvil		Correo electrónico			
Teléfono fijo		¿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	
¿Actividades de Riesgo?							

Beneficiario (En su defecto, herederos legales):

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 Móvil		Correo electrónico			
Teléfono fijo		Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/hija, etc.)		¿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	
¿Actividades de Riesgo?							

Beneficiario (En su defecto, herederos legales):

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la cuenta:

Forma de Pago:

Anual Semestral IBAN: _____

GARANTÍAS ASEGURADAS EN CASO DE ACCIDENTE (Marque la casilla de la modalidad que desee contratar)	Tipo I <input type="checkbox"/>	Tipo II <input type="checkbox"/>	Tipo Especial <input type="checkbox"/>
Capital por Fallecimiento (Máx. 90.000 €):	18.030,36 €	30.050,61 €	
Capital por invalidez Permanente y Absoluta (Max. 54.000 €):	12.020,24 €	18.030,36 €	
Renta Mensual durante 24 meses por Invalidez Permante Absoluta: (Máx. 1.800 €)	601,01 €	601,01 €	
Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente (max.365 días) (max. 90€):	18,03 €	30,05 €	
Gastos Cirugía Estética Reparadora (máximo):	6.010,12 €	6.010,12 €	6.010,12 €

CUESTIONARIO DE SALUD (a cumplimentar por el asegurado):

¿Se encuentra en perfecto estado de salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica, enfermedad o accidente con lesiones corporales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Por qué? _____
¿Practica algún deporte? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____	¿Padece o está en trámite de alguna Invalidez Permanente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo? _____
¿Utiliza preferentemente la mano izquierda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Padece o ha padecido enfermedades del corazón? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿En qué consiste? _____
¿Padece Miopía superior a 7 dioptrías? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Padece o ha padecido enfermedades del corazón? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿En qué grado? _____
¿Padece Diabetes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Padece o ha padecido enfermedades del corazón? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles? _____
¿Fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuántos cigarrillos/día? _____	¿Tiene contratada otra póliza de accidentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Con qué capitales? _____	
¿Usa motocicleta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique c.c.: _____	Años de carnet motocicleta: _____	

Por favor, antes de firmar, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el reverso

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.

INFORMACIÓN BÁSICA DE 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 el contrato 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 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