



# 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? ¿Cuándo?
¿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	¿En qué consiste? ¿En qué grado?
¿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	¿Cuáles?
¿Padece Miopía superior a 7 dioptrías? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Padece Diabetes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuántos cigarrillos/día?		
¿Usa motocicleta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique c.c.: _____ Años de carnet motocicleta: _____		
¿Tiene contratada otra póliza de accidentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Con qué capitales?		

**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

<b>Si tu respuesta es "SI" en ambas finalidades, solo tienes que marcar esta casilla</b> <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 <a href="https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros">https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros</a> .	Si <input type="checkbox"/>

<b>Responsable</b>	<b>ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.U.</b>
<b>Finalidad</b>	- 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
<b>Legitimación</b>	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
<b>Destinatarios</b>	- 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.
<b>Derechos</b>	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.
<b>Información adicional</b>	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: <a href="https://www.asisa.es/informacion-adicional-rgpd">https://www.asisa.es/informacion-adicional-rgpd</a>