



Solicitud de Seguro Asisa Internacional

Tipo de póliza	Nombre del Agente
	Código de Agente

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por la Compañía

Alta de Póliza
 Modificación de Datos
Indique el nº de póliza y cumplimiento solo los datos a modificar

Modalidad que contrata: Básica Ampliada Integral
 Fecha de Efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA) / /

TOMADOR DEL SEGURO

Estudiante Trabajador

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
Domicilio en España <small>Dirección Completa</small>				
Población	Provincia	Código Postal	Teléfono fijo	
Domicilio en el Extranjero <small>Dirección Completa</small>				
Población	País	Código Postal	Teléfono fijo	
Teléfono Móvil	Correo electrónico	¿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"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cuál?		

ASEGURADO 1 (si es distinto del Tomador)

Estudiante Trabajador

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
Domicilio en España <small>Dirección Completa</small>				
Población	Provincia	Código Postal	Teléfono fijo	
Domicilio en el Extranjero <small>Dirección Completa</small>				
Población	País	Código Postal	Teléfono fijo	
Teléfono Móvil	Correo electrónico	¿Parentesco con el Tomador? <small>(Marido/Esposa/Hijo, etc.)</small>		
¿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"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cuál?		

ASEGURADO 2

Estudiante Trabajador

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
Domicilio en España <small>Dirección Completa</small>				
Población	Provincia	Código Postal	Teléfono fijo	
Domicilio en el Extranjero <small>Dirección Completa</small>				
Población	País	Código Postal	Teléfono fijo	
Teléfono Móvil	Correo electrónico	¿Parentesco con el Tomador? <small>(Marido/Esposa/Hijo, etc.)</small>		
¿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"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cuál?		

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la cuenta bancaria: _____

IBAN: _____

Forma de Pago: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

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

Tomador del seguro: _____

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 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 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