Solicitud de Alta Seguro de Asistencia Sanitaria

☐ Alta de Póliza	☐ Modificación de Datos Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar	Tipo de Póliza:	
		Nombre del Distribuidor:	Código del Distribuidor:
Producto base:		Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U.).	

Nº Asegurados: Fecha de Efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA) / /

TOMADOR DEL SEGURO

NIF/NIE/CIF/PTE: N.º de Póliza

Nombre y Apellidos / Razón Social: Fecha de Nacimiento / /

Sexo: Estado civil: Nacionalidad:

Domicilio: N.º: Esc: Piso: Puerta:

Población: Provincia: Código Postal:

Profesión: Teléfono Fijo: Teléfono Móvil:

Correo electrónico:

¿Desea ser Asegurado de la Póliza? ☐ Si Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental: ☐

Indemnización Hospitalización: ☐ 30€/día ☐ 60€/día ☐ 90€/día

Accidentes: ☐ 10.000€ ☐ 20.000€ ☐ 30.000€

ASEGURADO 1 (Distinto de Tomador)

NIF/NIE/CIF/PTE: N.º de Póliza

Nombre y Apellidos / Razón Social: Fecha de Nacimiento / /

Sexo: Estado civil: Nacionalidad:

Domicilio: N.º: Piso: Esc.: Puerta:

Población: Provincia: Código Postal:

Profesión: Teléfono Fijo: Teléfono Móvil:

Correo electrónico:

Relación con el Tomador: Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental: ☐

Indemnización Hospitalización: ☐ 30€/día ☐ 60€/día ☐ 90€/día

Accidentes: ☐ 10.000€ ☐ 20.000€ ☐ 30.000€

ASEGURADO 2

NIF/NIE/CIF/PTE: N.º de Póliza

Nombre y Apellidos / Razón Social: Fecha de Nacimiento / /

Sexo: Estado civil: Nacionalidad:

Domicilio: N.º: Piso: Esc.: Puerta:

Población: Provincia: Código Postal:

Profesión: Teléfono Fijo: Teléfono Móvil:

Correo electrónico:

Relación con el Tomador: Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental: ☐

Indemnización Hospitalización: ☐ 30€/día ☐ 60€/día ☐ 90€/día

Accidentes: ☐ 10.000€ ☐ 20.000€ ☐ 30.000€

ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 4280, Folio 111, Hoja M-71.063 - C.I.F.: A-081.69294 - Domicilio Social: Juan Ignacio Luca de Tena, 12 - 28027 Madrid

ASEGURADO 3

NIF/NIE/CIF/PTE: | N.º de Póliza

Nombre y Apellidos / Razón Social: | Fecha de Nacimiento / /

Sexo: | Estado civil: | Nacionalidad:

Domicilio: | N.º: | Piso: | Esc.: | Puerta:

Población: | Provincia: | Código Postal:

Profesión: | Teléfono Fijo: | Teléfono Móvil:

Correo electrónico:

Relación con el Tomador: | Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental: ☐

Indemnización Hospitalización: ☐ 30€/día ☐ 60€/día ☐ 90€/día

Accidentes: ☐ 10.000€ ☐ 20.000€ ☐ 30.000€

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la Cuenta Bancaria (Tomador):

IBAN: _____

Forma de pago: ☐ Mensual ☐ Bimestral ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

COPAGOS (solo aplicable a pólizas con copagos)

¿Los copagos se cobran en la misma cuenta que la prima? ☐ Si ☐ No

Orden de Domiciliación de Adeudo Directo SEPA

Titular de la cuenta Bancaria:

IBAN: _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Si tu respuesta es "SI" en ambas finalidades, solo tienes que marcar esta casilla ☐	
Para que ASISA me remita información personalizada de empresas del Grupo ASISA y otras empresas con las que colabora.	Si ☐
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 ☐

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 del contrato 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

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en esta solicitud y reconozco haber recibido la Información Previa a la Contratación del seguro contenida en esta solicitud y en el Documento de Información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud**.**

En , a de de 20

Firma del tomador:

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

Cuestionario de Salud

(A efectos exclusivos de la solicitud de contrato de seguro de salud o de hospitalización con ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.)

Nombre y Apellidos: ..... Fecha de nacimiento: .....

N.I.F./N.I.E.: ..... Peso (kg.): ..... Talla (cm.): ..... Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

1. ¿Ha sido ingresado en algún centro sanitario en los últimos 10 años, o tiene previsto hacerlo? (*) ☐ SI ☐ NO
   En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s: .....

2. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente, o tiene previsto hacerlo? (*) ☐ SI ☐ NO
   En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s: .....

   (*) Salvo secuelas o complicaciones, no es preciso declarar las hospitalizaciones o intervenciones por los siguientes motivos: amigdalectomía, adenoidectomía, apendicectomía, cesárea, parto, ligadura de trompas, quistes sebáceos o lipomas, vasectomía, fimosis, orzuelos/chalazión o cirugía correctora agudeza visual.

3. ¿Padece o ha padecido algún proceso tumoral o cáncer? ☐ SI ☐ NO
   En caso afirmativo, cuáles y la/s fecha/s de diagnóstico: .....

4. ¿Tiene o ha tenido algún síntoma, dolor o alteración de forma persistente, periódica o reiterada, o está bajo control o seguimiento médico por algún motivo? ☐ SI ☐ NO
   En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s: .....

5. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, lesión o alteración de los siguientes tipos?

   5.1 Cardíaca, vascular, pulmonar o respiratoria (p. ej.: hipertensión, arritmias, insuficiencia cardiaca o circulatoria, varices, asma, enfisema, trombosis...). No es preciso reflejar catarros o gripes, salvo que hayan precisado hospitalización o generado secuelas. ☐ SI ☐ NO

   5.2 Metabólica (del sistema endocrino) o del aparato digestivo (p. ej.: del hígado o páncreas, úlcera gastroduodenal, hernias, diabetes, tiroideas...). ☐ SI ☐ NO

   5.3 Reumatológicas, óseas o musculares (p. ej.: artritis, artrosis, escoliosis, hernia discal, fibromialgia, lupus, esclerodermia, enfermedad muscular, secuelas de traumatismos, psoriasis...). ☐ SI ☐ NO

   5.4 Del sistema nervioso, de los ojos o de los oídos (p. ej.: migrañas, epilepsia, Parkinson, parálisis, Alzheimer, glaucoma, degeneración macular, pérdida de visión, TDAH...). No es preciso reflejar miopía (con menos de 8 dioptrías en cada ojo), astigmatismo, hipermetropía y/o presbicia. ☐ SI ☐ NO

   5.5 Hematológicas o de la coagulación (p. ej.: tromboembolismo, anemia, hemofilia, leucemia...). ☐ SI ☐ NO

   5.6 Del Riñón, tracto urológico y genital, o ginecológicas (p. ej.: insuficiencia renal, alteraciones de la próstata, cólicos nefríticos, de transmisión sexual, ginecológicas -de mama, útero, ovarios...). ☐ SI ☐ NO

   5.7 Psiquiátricas (p. ej.: anorexia, bulimia, depresión, ansiedad psicosis, esquizofrenia...). ☐ SI ☐ NO

   5.8 Infecciosas (p. ej.: hepatitis, covid-19, tuberculosis, parasitosis, septicemia, enfermedades tropicales...). ☐ SI ☐ NO

   En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s: .....

6. ¿Toma alguna medicación? ☐ SI ☐ NO
   En caso afirmativo indique cuál, dosis y frecuencia (pauta): .....

7. ¿Consume/ha consumido alcohol o drogas? ¿Fuma o ha fumado? ☐ SI ☐ NO
   En caso afirmativo indique tipo, cantidad consumida y frecuencia: .....

8. ¿Tiene lesiones o secuelas de una enfermedad, alteración congénita o hereditaria, malformaciones o accidente? ☐ SI ☐ NO
   En caso afirmativo indique cuáles y aporte informe médico: .....

9. ¿Tiene reconocida o está en proceso de valoración de alguna minusvalía o incapacidad? ☐ SI ☐ NO
   En caso afirmativo indique cuáles y aporte informe médico: .....

ASISA elude la asistencia derivada de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados, conforme al presente cuestionario, así como de sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA, en relación con el contenido del presente cuestionario, a que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya que prestar su asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos en cada caso a través de esta Entidad. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose ASISA la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

Información básica sobre protección de datos.
Mediante su firma, el Tomador del Seguro declara haber recabado y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/miembros del grupo familiar, con la finalidad de incorporar al presente cuestionario todos los datos de salud relativos a los mismos.

Nombre y firma D./Dña.:

☐ En nombre propio ☐ Como contratante de la póliza o familiar mayor de edad

N.I.F./N.I.E.: ..... En ..... a ..... de ..... de 20 .....

Cuestionario de Salud

(A efectos exclusivos de la solicitud de contrato de seguro de salud o de hospitalización con ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.)

EPÍGRAFE	INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS
Responsable del tratamiento	**ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.U.**
Finalidad	El estudio de la viabilidad para la contratación de una póliza de seguro.
Legitimación	La base legal para el tratamiento de sus datos se encuentra en la aplicación de medidas precontractuales entre el tomador y ASISA.
Destinatarios	- Personas, organismos e instituciones que pudieran acreditar un interés legítimo u obligación legal. - 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.
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

Espacio reservado para asesoría médica

Médico valorador:

Adm. Producción:

Informes médicos que debe aportar para la contratación

Observaciones: