



dental
asisa

RESPUESTA COMERCIAL
F.D. Autorización nº 5.923
B.O.C.T. n 14 de 17 / 3 / 83

NO
NECESITA
SELLO

a franquear
en destino



APARTADO DE CORREOS Nº 736 F.D.
28080 MADRID

Código de Agente:

Nombre y Apellidos:.....

N.I.F.:

CUPÓN DE SOLICITUD

Nombre y apellidos del titular:

Fecha de nacimiento: N.I.F. del titular:

Teléfono fijo: Teléfono móvil: e-mail:

Dirección del titular:

Población: Provincia: Código Postal:

¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO

En caso afirmativo, ¿pertenece a algún colectivo? SI NO Especifique cuál.....

Sí, deseo darme de alta en: ASISA DENTAL ASISA DENTAL EXTRA ASISA DENTAL FAMILIAR

Forma de pago: BIMESTRAL TRIMESTRAL
SEMESTRAL ANUAL

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)

Entidad	Oficina	DC	Número de Cuenta

Si usted desea dar de alta en ASISA DENTAL a otros miembros de su familia, facilítenos sus datos.

1) Nombre y apellidos: Parentesco:

Fecha de nacimiento: ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO N.I.F. del titular:

2) Nombre y apellidos: Parentesco:

Fecha de nacimiento: ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO N.I.F. del titular:

3) Nombre y apellidos: Parentesco:

Fecha de nacimiento: ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO N.I.F. del titular:

4) Nombre y apellidos: Parentesco:

Fecha de nacimiento: ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO N.I.F. del titular:

5) Nombre y apellidos: Parentesco:

Fecha de nacimiento: ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO N.I.F. del titular:

6) Nombre y apellidos: Parentesco:

Fecha de nacimiento: ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO N.I.F. del titular:

El Titular queda informado de forma inequívoca y precisa, y autoriza expresamente a ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A., para recabar y tratar automatizadamente en un Fichero del que es Responsable, los datos recogidos en el formulario -cuya cumplimentación es necesaria para adquirir la condición de asegurado de ASISA- y los que se obtengan como consecuencia de la relación jurídica establecida entre el Titular y ASISA (incluidos, en su caso, datos de salud), con la única finalidad del mantenimiento, desarrollo o control de la relación jurídica entre el Titular y ASISA.

Asimismo el Titular consiente de forma expresa -únicamente cuando responda a la citada finalidad- la cesión de dichos datos (incluidos, en su caso, datos de salud) o entidades colaboradoras de ASISA.

Asimismo, el Titular autoriza expresamente a que sus datos personales, salvo sus datos de salud, puedan ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial acerca de ASISA, de sus actividades, productos, servicios, ofertas, promociones especiales, etc., por diferentes medios, incluido el correo electrónico. El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá mientras subsista cualquier relación comercial o contractual con ASISA y aún tras el cese de dichas relaciones.

El Titular podrá denegar el consentimiento anteriormente facilitado, así como ejercitar los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación de los datos recogidos en el Fichero, de acuerdo a la ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiéndose para ello a la C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 10. Madrid 28027.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, el Titular firma la presente en, a de..... de 201 ...

Fdo.: D/ña. Fecha