

Nombre del Colectivo

<input type="checkbox"/> Nueva Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos	<input type="checkbox"/> Baja de Póliza	Nº Asegurados	Fecha de Efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA) / /	Nº de Póliza/Certificado
---------------------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	--------------------------

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal).

TOMADOR DEL SEGURO

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:
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 Fijo	
Teléfono Móvil	E-mail	Fax	¿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"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?		
¿Cómo nos conoció? <input type="checkbox"/> Prensa <input type="checkbox"/> Agente Comercial <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar <input type="checkbox"/> Otros				

ASEGURADOS

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			Profesión
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 Fijo	
Teléfono Móvil	E-mail	Fax	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"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?		

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			Profesión
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 Fijo	
Teléfono Móvil	E-mail	Fax	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"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?		

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			Profesión
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 Fijo	
Teléfono Móvil	E-mail	Fax	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"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?		

DATOS BANCARIOS

Periodicidad del Pago:	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual				
D. de la Entidad Bancaria:					
Domicilio de la Oficina (calle y nº):				Código Postal:	
Localidad / Provincia:					
Titular de la Cuenta Bancaria:					
Datos Bancarios:	Banco:	Sucursal:	D.C.	Cuenta:	

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, sean tratados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal), así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros médicos, hospitales u otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA o en sus sitio Web www.asisa.es. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo. Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial, acerca de la empresa, sus actividades, productos, servicios, ofertas, promociones especiales, etc., por diferentes medios, inclusive el correo electrónico. El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá, mientras se mantenga cualquier relación de negocio o contractual con ASISA. En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero, el aportante garantiza que tiene la autorización de los mismos para su comunicación a ASISA, en los términos y con los fines expuestos en la presente cláusula. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación y oposición de los datos deberá dirigirse a ASISA. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivos las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para los fines propios del contrato de seguro.

Tomador del Seguro:

Fecha y Firma:

/ /

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



Cuestionario de salud

Nombre del Colectivo: _____

Nº de Póliza / Certificado: _____

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F./N.I.E.: _____

¿Cómo definiría su estado de salud actual?

Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy malo

¿Cuánto pesa? Kg ¿Cuánto mide? _____

Hábitos

Fuma SI NO
 Hace deporte SI NO
 Hace régimen SI NO
 ¿Visita al dentista? Veces/año _____ SI NO
 Bebe alcohol SI NO
 Toma Drogas SI NO
 Sigue alguna Medicación SI NO
 ¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas? SI NO
 ¿Se hace chequeos médicos de empresa, particular, ...? SI NO
 Realice una breve explicación sobre las respuestas afirmativas: _____

Intervenciones quirúrgicas

¿Ha sido operado alguna vez? SI NO

Año _____ Tipo de operación _____ Secuelas _____

Ingresos médicos

¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad y/o accidentes? SI NO

Año _____ Enfermedad o proceso _____ Días de Ingreso _____

Declare sus últimas tres visitas al médico

Fecha _____ Motivo de la visita _____ Especialista _____

¿Padece alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades?

	SI	NO		SI	NO
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portador del virus V.I.H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enf. Endocrinas (Tiroideas..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasis, "piedras"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. mental/nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Neurológicas (Parkinson, Alzheimer..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enf. Oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Aparato Digestivo (úlceras..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. defecto en piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina/infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices/Otras enf. Vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enf. cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Oseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión columna/rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enf. ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma-Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado

¿Ha tenido embarazos? ¿Cuántos? ¿Abortos? ¿Cuántos?

Describa aquí las últimas pruebas y análisis que se ha realizado

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F./N.I.E.: _____

¿Cómo definiría su estado de salud actual?

Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy malo

¿Cuánto pesa? Kg ¿Cuánto mide? _____

Hábitos

Fuma SI NO
 Hace deporte SI NO
 Hace régimen SI NO
 ¿Visita al dentista? Veces/año _____ SI NO
 Bebe alcohol SI NO
 Toma Drogas SI NO
 Sigue alguna Medicación SI NO
 ¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas? SI NO
 ¿Se hace chequeos médicos de empresa, particular, ...? SI NO
 Realice una breve explicación sobre las respuestas afirmativas: _____

Intervenciones quirúrgicas

¿Ha sido operado alguna vez? SI NO

Año _____ Tipo de operación _____ Secuelas _____

Ingresos médicos

¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad y/o accidentes? SI NO

Año _____ Enfermedad o proceso _____ Días de Ingreso _____

Declare sus últimas tres visitas al médico

Fecha _____ Motivo de la visita _____ Especialista _____

¿Padece alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades?

	SI	NO		SI	NO
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portador del virus V.I.H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enf. Endocrinas (Tiroideas..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasis, "piedras"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. mental/nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Neurológicas (Parkinson, Alzheimer..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enf. Oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Aparato Digestivo (úlceras..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. defecto en piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina/infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices/Otras enf. Vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enf. cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Oseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión columna/rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enf. ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma-Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado

¿Ha tenido embarazos? ¿Cuántos? ¿Abortos? ¿Cuántos?

Describa aquí las últimas pruebas y análisis que se ha realizado

ASISA elude la asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, declarados y no declarados en el cuestionario que debe suscribir el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones.

El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la transcendencia, 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.

En _____, a _____ de _____ de 200_____

Fdo. D.: _____ En nombre propio.

Fdo. D.: _____ En nombre propio.

D.N.I.: _____ Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad.

D.N.I.: _____ Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad.

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.