

☐ Nueva Póliza ☐ Modificación de Datos ☐ Baja de Póliza ☐ Alta Beneficiario	Nº de Referencia:	Nº Asegurados	Fecha de Efecto de la Póliza
	2 1 8 2 1		/ /

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				Nº de Póliza/Certificado
Producto: ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros:.....		Fecha de Nacimiento / /	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Profesión		Domicilio			Población
Provincia		Código Postal	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail
¿Desea ser Asegurado de la Póliza? ☐ Si ☐ No		¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No		¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros:.....	
Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cuál?					

ASEGURADO 1

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos				Nº de Póliza/Certificado
Producto: ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros:.....		Fecha de Nacimiento / /	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Profesión		Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail	
Parentesco con Tomador (Marido/ Esposa/ Hija, etc.)		¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No		¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros:.....	
Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cuál?					

ASEGURADO 2

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos				Nº de Póliza/Certificado
Producto: ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros:.....		Fecha de Nacimiento / /	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Profesión		Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail	
Parentesco con Tomador (Marido/ Esposa/ Hija, etc.)		¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No		¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros:.....	
Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cuál?					

ASEGURADO 3

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos				Nº de Póliza/Certificado
Producto: ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros:.....		Fecha de Nacimiento / /	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Profesión		Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail	
Parentesco con Tomador (Marido/ Esposa/ Hija, etc.)		¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No		¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros:.....	
Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cuál?					

ASEGURADO 4

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos				Nº de Póliza/Certificado
Producto: ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros:.....		Fecha de Nacimiento / /	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Profesión		Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail	
Parentesco con Tomador (Marido/ Esposa/ Hija, etc.)		¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No		¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros:.....	
Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cuál?					

DATOS BANCARIOS

Titular de la Cuenta Bancaria:					
Forma de Pago: ☐ Mensual ☐ Bimestral ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual		Banco:	Código Cuenta Cliente (C.C.C.) 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 su 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, cancelación 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 efectivas 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.

Nº de Póliza: 21.821

Nº de Póliza/ Certificado: -

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F./N.I.E.: _____ Fecha de Nacimiento: / /

¿Cómo definiría su estado de salud actual?

☐ Muy bueno ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ Muy malo

¿Cuánto pesa? Kg. ¿Cuánto mide? Cm.

Hábitos

	Si	No
Fuma.....	☐	☐
Hace deporte.....	☐	☐
Hace régimen.....	☐	☐
¿Visita al dentista? <u>Veces/año</u>	☐	☐
Bebe alcohol.....	☐	☐
Toma Drogas.....	☐	☐
Sigue alguna Medicación.....	☐	☐
¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas?.....	☐	☐
¿Se hace chequeos médicos de empresa, particular,...?.....	☐	☐

Realice una breve explicación sobre las respuestas afirmativas:

Intervenciones quirúrgicas	Si	No
¿Ha sido operado alguna vez?.....	☐	☐
Año	Tipo operación	Secuelas

Ingresos médicos	Si	No
¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad o accidente?	☐	☐
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	☐	☐	Portador del virus VIH	☐	☐
Otras Enf. Endocrinas (Tiroides.)	☐	☐	Artrosis	☐	☐
Hipertensión arterial	☐	☐	Cáncer	☐	☐
Tumor	☐	☐	Hepatitis	☐	☐
Litiasis, "piedras"	☐	☐	Enfermedad Mental / nerviosa	☐	☐
Insuficiencia renal	☐	☐	Enf. Neurológicas (Parkinson, Alzh.)	☐	☐
Cólicos	☐	☐	Miopia	☐	☐
Enfermedades Infecciosas	☐	☐	Otras Enfermedades Oculares	☐	☐
Enfermedades de Oído	☐	☐	Bronquitis / Enfisema	☐	☐
Enfermedades Reumáticas	☐	☐	Enf. Aparato Digestivo (úlcera, ..)	☐	☐
Enfermedades Defecto en piel	☐	☐	Hernias	☐	☐
Angina / infarto	☐	☐	Varices/Otras Enf. Vasculares	☐	☐
Otras Enfermedades Cardiacas	☐	☐	Enfermedades Óseas	☐	☐
Miomas	☐	☐	Lesión columna/rodilla	☐	☐
Otras Enf. Ginecológicas	☐	☐	Enfermedades. Crónicas	☐	☐
Asma – Alergia	☐	☐	Otros	☐	☐

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

En _____, a _____ de _____ de 20.....

Fdo. D./Dña..... ☐ En nombre propio
N.I.F.:..... ☐ Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad

Resolución (Médico): ☐ Aceptada ☐ Rechazada ☐ Solicitud de Informe