



Solicitud de Seguro de Asistencia Sanitaria

Tipo de Póliza	Nombre del Agente
	Código de Agente

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

<input type="checkbox"/> Alta de Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos <small>Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar</small>	<input type="checkbox"/> Baja de Póliza
<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental	Producto	Nº Asegurados
		Fecha de Efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA) / /

TOMADOR DEL SEGURO

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	N.º de Póliza
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		

ASEGURADO 1

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	N.º de Póliza
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?

ASEGURADO 2

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	N.º de Póliza
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?

ASEGURADO 3

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	N.º de Póliza
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?

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la Cuenta Bancaria:

IBAN

Forma de pago: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

En cumplimiento de lo dispuesto en 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, reaseguradores 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. Asimismo, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, salvo los datos de salud, sean cedidos a entidades colaboradoras de ASISA. 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 la asistencia sanitaria que esté recibiendo. Adicionalmente, el asegurado consiente expresamente que sus datos personales, salvo los de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial, acerca de la empresa, sus actividades, productos, servicios, ofertas promocionales especiales, etc., por diferentes medios, incluido el correo electrónico. En el supuesto de que el asegurado no desee prestar su consentimiento para los citados fines puede dirigirse a su Delegación o a los servicios jurídicos de ASISA. El tratamiento de los datos para dichas finalidades se mantendrá mientras subsista cualquier relación de negocio o contractual con ASISA. Para ejecutar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos, el asegurado 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 desarrollar 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.



Nombre y Apellidos: _____ N.I.F./N.I.E.: _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ ¿Tiene Seguridad Social? Sí No

1. Datos de interés

1.1. ¿Cuánto pesa? _____ Kg. **1.2.** ¿Cuánto mide? _____ Cm.
1.3. ¿Fuma? Sí No **1.4.** ¿Bebe alcohol? Sí No **1.5.** ¿Toma alguna droga? Sí No

Realice una breve descripción sobre las respuestas afirmativas indicando el tipo y cantidad consumida.

2. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas de forma persistente, periódica o reiterada?:

2.1. Dolores de cabeza, dolor abdominal, dolores de espalda o articulares, debilidad o pérdida de fuerza, parálisis. Sí No
2.2. Mareos, síncope, convulsiones, visión borrosa o pérdida de visión, hormigueos o adormecimiento de alguna zona corporal. Sí No
2.3. Vómitos, diarrea, ahogo o sensación de falta de aire, disnea, cansancio. Sí No

3. ¿Ha sido atendido o ha estado ingresado alguna vez en un hospital o está pendiente de hacerlo para algún diagnóstico o tratamiento médico, ha sido intervenido quirúrgicamente en alguna ocasión o tiene previsto hacerlo? Sí No

No es preciso reflejar algunas intervenciones señaladas a continuación, salvo que presente secuelas o complicaciones de las mismas: Amigdalectomía (operación de anginas), adenoidectomía (vegetaciones), apendicectomía, extracción dentaria, fimosis, vasectomía, ligadura de trompas, intervenciones por quistes sebáceos o epidermoides, lipomas. En caso afirmativo, indique fecha, tipo de ingreso o intervención quirúrgica y secuelas.

4. Por favor, indique si padece o ha padecido alguna enfermedad de las que a continuación se refieren:

No es preciso reflejar enfermedades habituales y de corta duración como catarros, gripes, amigdalitis, faringitis, etc..., salvo que sean frecuentes o reiteradas o con secuelas

4.1. DEL SISTEMA CARDIO-VASCULAR (como por ejemplo: hipertensión arterial, angina/infartos, arritmias, accidentes cerebrovasculares o ictus, trombosis o embolias, varices u otras enfermedades cardíacas o vasculares). Sí No
4.2. DEL APARATO RESPIRATORIO (como por ejemplo: bronquitis, neumonía, asma, alergia, enfisema u otras enfermedades respiratorias). Sí No
4.3. METABÓLICAS (del Sistema Endocrino) (como por ejemplo: diabetes, enfermedades de glándulas endocrinas como tiroides, suprarrenales, paratiroides e hipófisis u otras enfermedades del sistema endocrino). Sí No
4.4. DEL APARATO DIGESTIVO (como por ejemplo: úlceras gastroduodenales, litiasis "piedras", cólicos, hernias, divertículos, colitis, cálculos en vía biliar u otras enfermedades del aparato digestivo) Sí No
4.5. REUMATOLÓGICAS, ÓSEAS O MUSCULARES (como por ejemplo: enfermedades reumáticas, artrosis, lesiones en columna/rodilla, hernias u otras enfermedades articulares, óseas o musculares). Sí No
4.6. DEL SISTEMA NERVIOSO, DE LOS OJOS O DE LOS OÍDOS (como por ejemplo: parkinson, alzheimer, epilepsia, demencia, ceguera, cataratas, miopía, pérdida de audición u otras enfermedades nerviosas, neurológicas, del oído o de los ojos). Sí No
4.7. HEMATOLÓGICAS O DE LA COAGULACION DE LA SANGRE (como por ejemplo: afecciones o enfermedades sanguíneas que generen anemias, alteraciones de glóbulos rojos, blancos, plaquetas o que generen trombosis, embolias o hemorragias). Sí No
4.8. DEL APARATO UROGENITAL O ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS (como por ejemplo: litiasis renal, cólico nefrítico, insuficiencia renal, miomas, abortos, quistes, otras enfermedades ginecológicas o del aparato urogenital). Sí No
4.9. ENFERMEDADES INFECCIOSAS (como por ejemplo: portador del VIH, hepatitis, tuberculosis u otras enfermedades infecciosas). Sí No
4.10. DERMATOLÓGICAS (como por ejemplo: nevus, psoriasis, dermatitis, atopias u otras enfermedades dermatológicas). Sí No
4.11. ENFERMEDADES CONGENITAS Y/O HEREDITARIAS Sí No
4.12. PSIQUIÁTRICAS (como por ejemplo: anorexia, bulimia, depresión, ansiedad, esquizofrenia u otras enfermedades mentales o nerviosas). Sí No
4.13. ENFERMEDADES CRÓNICAS U OTRAS DE CUALQUIER TIPO NO INCLUIDAS EN LOS APARTADOS ANTERIORES Sí No

En caso afirmativo, indique aquí los procesos declarados:

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-08169294 - Domicilio Social: Juan Ignacio de Tena, 12 - 28027 Madrid

5. ¿Padece o ha padecido algún proceso tumoral, cáncer, incluso de la piel, melanoma, linfoma, leucemia, etc.?

Sí No

En caso afirmativo indique la fecha, órgano/s afectado/s, tratamiento recibido y situación actual.

6. ¿Tiene reconocida alguna minusvalía o incapacidad o está en proceso de valoración? ¿Se encuentra de baja actualmente o ha estado de baja un mes seguido o más en los últimos 3 años?

Sí No

En caso afirmativo, indique el grado y tipo de discapacidad o minusvalía reconocida o en proceso. Así mismo indicar el motivo de la baja.

7. ¿Toma de forma habitual algún medicamento?

Sí No

En caso de respuesta afirmativa indicar cuáles, para qué y dosis.

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 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 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.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Nombre y firma: D./Dña. _____

En nombre propio Como contratante de la póliza o familiar mayor de edad N.I.F./N.I.E.: _____

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.

"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 y 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. Asimismo, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, salvo los datos de salud, sean cedidos a entidades colaboradoras de ASISA. 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 promocionales 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. Para ejecutar 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."

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente, en _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo. D./Dña.: _____

Nº Póliza: _____

Espacio reservado para asesoría médica

Médico valorador: _____ Adm. Producción _____

1. Informes médicos que debe aportar para la contratación _____

2. Observaciones _____

