



Solicitud de Seguro de Asistencia Sanitaria

DELEGACIÓN DE SALAMANCA

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Salud	Producto: COLECTIVO ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE SALAMANCA COLEGIADOS > 64 AÑOS	Nº Asegurados	Fecha de Efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA) / /
---	--	---------------	--

TOMADOR DEL SEGURO

CIF	Q3766001F			ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE SALAMANCA					
Vía	CALLE	Domicilio	BIENTOCADAS		Nº	7			
Población	SALAMANCA		Provincia	SALAMANCA		Código Postal	37002	Teléfono Fijo	923263462
E-mail	WWW.COMSALAMANCA.ES			Fax	923260062				

COLEGIADO

Nº

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?			Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?				
		<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:							

CÓNYUGE

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?			Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?				
		<input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:							

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	N.º CUENTA
E S 3 5	0 0 8 1	7 8 3 0	9 1	0 0 0 1 5 6 8 9 6 5

Forma de pago: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

*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. 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.

Tomador del Seguro:

Fecha y Firma:

/ /

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

