

☐ Nueva Póliza	☐ Modificación de Datos	☐ Baja de Póliza	☐ Alta Beneficiario	Nº de Referencia:	Nº Asegurados	Fecha de Efecto de la Póliza
---------------------------------------	--	---	--	-------------------	---------------	------------------------------

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?	

ORDEN DE DOMICILIACIÓN 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 tomador manifiesta disponer del consentimiento informado de los asegurados relacionados anteriormente, a fin de 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, reaseguradoras 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. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, únicamente podrán ser ejercitados ante ASISA por el titular de los datos o por su representante legal. 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 en 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.



CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre del colectivo:

Nº de Colectivo: 21099

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

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 ☐ Si ☐ No

¿Ha sido operado alguna vez?..... ☐ Si ☐ No

Año Tipo operación Secuelas

Ingresos médicos ☐ Si ☐ No

¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad o accidente? ☐ 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?

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

Describe aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

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

Describe 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, 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.

Fdo. D./Dña. _____ ☐ En nombre propio

N.I.F.: _____ ☐ 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.

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

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

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 ☐ Si ☐ No

¿Ha sido operado alguna vez?..... ☐ Si ☐ No

Año Tipo operación Secuelas

Ingresos médicos ☐ Si ☐ No

¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad o accidente? ☐ 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?

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

Describe aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

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

Describe aquí las últimas pruebas y análisis que se ha realizado

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