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.U.).

☐ Alta de Póliza | ☐ Modificación de Datos
Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar

☐ Salud ☐ 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 ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil	Nacionalidad	Profesión
Vía	Domicilio		Nº	Piso / Esc. / Puerta
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 cual?	

¿Cómo nos conoció? ☐ Prensa ☐ Agente Comercial ☐ Internet ☐ Amigo/Familiar ☐ Otros

ASEGURADO 1

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			N.º de Póliza
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil	Nacionalidad	Profesión
Vía	Domicilio		Nº	Piso / Esc. / Puerta
Población	Provincia	Código Postal		Teléfono Fijo
Teléfono Móvil	E-mail			Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)
¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ 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 ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil	Nacionalidad	Profesión
Vía	Domicilio		Nº	Piso / Esc. / Puerta
Población	Provincia	Código Postal		Teléfono Fijo
Teléfono Móvil	E-mail			Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)
¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ 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 ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil	Nacionalidad	Profesión
Vía	Domicilio		Nº	Piso / Esc. / Puerta
Población	Provincia	Código Postal		Teléfono Fijo
Teléfono Móvil	E-mail			Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)
¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ 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

Por favor, antes de firmar, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el reverso

Tomador del Seguro:

Fecha y Firma:

/ /

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

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-081.69294 - Domicilio Social: Juan Ignacio Luca de Tena, 12 - 28027 Madrid