

1 TOMADOR DE LA PÓLIZA					
Apellidos:					
Nombre:				NIF / NIE:	
Teléfono:		Móvil:		Correo-e:	
Canal solicitud:	Presencial: []	Correo: []	Teléfono: []	Fax: []	
Fecha efecto solicitada: / /					
Apellidos y Nombre del Asegurado			Número de póliza		

2 MOTIVO DE LA BAJA DECLARADO POR EL CLIENTE:							
007 Traspaso a otra póliza	[]	012 Denegación Prestación	[]	017 Proveedor Médico	[]	022 Fallecimiento	[]
008 Traspaso a otra provincia	[]	013 Deficiencia en el servicio	[]	018 Retraso en la documentación	[]	023 Modificación situación familiar	[]
009 Traspaso a otro colectivo abierto	[]	014 Deficiencia en el servicio del 902	[]	019 Precio	[]	024 Cambio de residencia	[]
010 Traspaso a otro colectivo cerrado	[]	015 Deficiencia en el servicio Presencial	[]	020 Mejor oferta competencia	[]	025 Anulación miembro colectivo	[]
011 Cuadro Médico Insuficiente	[]	016 Deficiencia en el servicio del Mediador	[]	021 No uso	[]	026 Incremento Prima	[]

3 OBSERVACIONES DE LA SOLICITUD

4 FECHA EFECTO DE LA BAJA (a rellenar por la Compañía):
El contrato se estipula con la duración y vencimientos previstos en las Condiciones Particulares de la Póliza. Cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador [Artículo 22 Ley Contrato de Seguro].
Fecha efecto de la baja: / / Delegación:
Observaciones:
Solicitud baja póliza completa: [] Solicitud baja asegurado / s: []

5 LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TOMADOR
En _____, a _____ de _____ de _____
Firmado:

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 datos 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 de 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 a 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 comercial o contractual con ASISA y aún tras el cese de dichas relaciones.

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 anteriormente. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe 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 el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.