

<input type="checkbox"/> Nueva Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos	<input type="checkbox"/> Baja de Póliza	Nº Asegurados	Fecha de Efecto de la Póliza:(DD/MM/AAAA) / /
---------------------------------------	--	---	---------------	--

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	Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....	Nº de Póliza/Certificado -
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Domicilio		Población	Profesión
Código Postal	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail
			¿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?	

**ASEGURADO 1**

N.I.F./N.I.E.	Nombre y Apellidos	Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....	Nº de Póliza/Certificado -
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail	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	Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....	Nº de Póliza/Certificado -
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail	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	Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....	Nº de Póliza/Certificado -
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail	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 4**

N.I.F./N.I.E.	Nombre y Apellidos	Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....	Nº de Póliza/Certificado -
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail	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?	

**DATOS BANCARIOS**

Periodicidad del Pago:	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual				
Entidad Bancaria:					
Domicilio de la Oficina (calle y nº):				Código Postal:	
Localidad / Provincia:					
Titular de la Cuenta Bancaria:					
Datos Bancarios:	Banco:	Sucursal:	D.C.:	Cuenta:	

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](http://www.asisa.es). 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, 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 de negocio o contractual con ASISA. 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 en la presente cláusula. Para ejercitar 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.



**LYMBROKERS, S.A.**  
CORREDURIA DE SEGUROS  
914572253 / uso@lymbrokers.es  
FAX: 914570992 / www.lymbrokers.es

Los boletines de adhesión deben remitirse a través del siguiente circuito:

FAX: 91 457 09 92 // E -mail: [uso@lymbrokers.es](mailto:uso@lymbrokers.es)

Teléfono de contacto para más información: 91 457 22 53

ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S. A. Sociedad Unipersonal. Domicilio Social: Juan Ignacio Luca de Tena, 10 - 28027 Madrid, inscrita en el Registro de Minsterio de Hacienda por O.M. de 24 de Enero de 1957. Inscrita en la Dirección General de Sanidad con el número 2.16.