

Solicitud de seguro de salud

Av. Alfonso X El Sabio, 14 - Entlo. 03004 Alicante
Tel. 965 200 106 · info@asssa.es · asssa.es



Tomador Adjuntar fotocopia de DNI, NIE o Pasaporte

Apellidos	Nombre	DNI / NIE Pasaporte
Domicilio	C.P.	
Localidad	Provincia	Tel.
Móvil	E-mail	Género H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Estado civil	Nacionalidad	Idioma póliza
Cónyuge asegurado SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Motivo	
Domicilio de correo <i>Si es diferente del domicilio de residencia</i>		
Solicita certificado de residencia SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Procedencia	Nº de póliza sustituida	

Asegurados

Nº	Apellidos y nombre	DNI / NIE Pasaporte	Género	Parentesco	Fecha nacimiento Día	Mes	Año	Edad actuarial
1			H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Titular				
2			H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
3			H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
4			H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
5			H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
6			H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					

MODALIDAD	FECHA EFECTO	FORMA DE PAGO	MEDIADOR	CÓDIGO
Póliza Accidentes <i>Asegurados mayores de 14 años</i>	<input type="checkbox"/>	Anual	Beneficiarios de Póliza Accidentes (Nombre y DNI / NIE / Pasaporte) <i>De no designar beneficiarios, se entenderán como tales los herederos legales</i>	
Dental <i>Asegurados mayores de 7 años</i>	<input type="checkbox"/>			
Extradental <i>Asegurados mayores de 7 años</i>	<input type="checkbox"/>	Anual		

Datos económicos A llenar por la Compañía

Pago domiciliado (*adjuntar documento de orden de domiciliación de adeudo directo SEPA*) no domiciliado

Promoción aplicada

Fuente de conocimiento

	IMPORTE RECIBOS <i>según forma de pago</i>			Nº de póliza	Prima neta anual	
	Primer pago hasta	/	/			
Prima Neta				Salud
Impuestos				Accidentes
Total				Dental

Acepto que ASSSA me informe sobre el producto de seguro solicitado a través de su web - www.asssa.es.

En cumplimiento de lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, se informa al Tomador que con su firma autoriza expresamente a ASSSA para el tratamiento de sus datos necesarios para la gestión empresa-cliente. Los datos se conservarán durante el plazo que dure la relación contractual.

Asimismo, los datos no serán comunicados a terceros, salvo obligación legal y no se efectuarán transferencias internacionales ni creación de perfiles con los mismos.

El órgano responsable del tratamiento es Agrupación Sanitaria Seguros, S.A., siendo la dirección donde se pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación o portabilidad, así como revocación del consentimiento en Av. Alfonso X El Sabio, 14 – Entlo. 03004 Alicante, apartando su DNI o documento identificador equivalente.

Igualmente, podrá presentar una reclamación frente a la Agencia Española de Protección de Datos si considera que sus derechos han sido vulnerados.

Si autoriza a ASSSA a enviarle información y publicidad de los productos y servicios propios o de las sociedades participadas relacionados con el ámbito de seguros, marque la siguiente casilla

El Mediador,

El Tomador,

En _____ a _____ de _____ de _____