

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

N.I.F./N.I.E.:

Peso (kg.):

Talla (cm.):

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

1. ¿Ha sido ingresado en algún centro sanitario en los últimos 10 años, o tiene previsto hacerlo? (*) ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

2. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente, o tiene previsto hacerlo? (*) ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

(*) Salvo secuelas o complicaciones, no es preciso declarar las hospitalizaciones o intervenciones por los siguientes motivos: amigdalectomía, adenoidectomía, apendicectomía, cesárea, parto, ligadura de trompas, quistes sebáceos o lipomas, vasectomía, fimosis, orzuelos/chalazión o cirugía correctora agudeza visual.

3. ¿Padece o ha padecido algún proceso tumoral o cáncer? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo, cuáles y la/s fecha/s de diagnóstico:

4. ¿Tiene o ha tenido algún síntoma, dolor o alteración de forma persistente, periódica o reiterada, o está bajo control o seguimiento médico por algún motivo? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

5. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, lesión o alteración de los siguientes tipos?

5.1 Cardíaca, vascular, pulmonar o respiratoria (p. ej.: hipertensión, arritmias, insuficiencia cardíaca o circulatoria, varices, asma, enfisema, trombosis...). No es preciso reflejar catarros o gripes, salvo que hayan precisado hospitalización o generado secuelas. ☐ SI ☐ NO

5.2 Metabólica (del sistema endocrino) o del aparato digestivo (p. ej.: del hígado o páncreas, úlcera gastroduodenal, hernias, diabetes, tiroideas...). ☐ SI ☐ NO

5.3 Reumatológicas, óseas o musculares (p. ej.: artritis, artrosis, escoliosis, hernia discal, fibromialgia, lupus, esclerodermia, enfermedad muscular, secuelas de traumatismos, psoriasis...). ☐ SI ☐ NO

5.4 Del sistema nervioso, de los ojos o de los oídos (p. ej.: migrañas, epilepsia, Parkinson, parálisis, Alzheimer, glaucoma, degeneración macular, pérdida de visión, TDAH...). No es preciso reflejar miopía (con menos de 8 dioptrías en cada ojo), astigmatismo, hipermetropía y/o presbicia. ☐ SI ☐ NO

5.5 Hematológicas o de la coagulación (p. ej.: tromboembolismo, anemia, hemofilia, leucemia...). ☐ SI ☐ NO

5.6 Del Riñón, tracto urológico y genital, o ginecológicas (p. ej.: insuficiencia renal, alteraciones de la próstata, cólicos nefríticos, de transmisión sexual, ginecológicas -de mama, útero, ovarios...). ☐ SI ☐ NO

5.7 Psiquiátricas (p. ej.: anorexia, bulimia, depresión, ansiedad psicosis, esquizofrenia...). ☐ SI ☐ NO

5.8 Infecciosas (p. ej.: hepatitis, covid-19, tuberculosis, parasitosis, septicemia, enfermedades tropicales...). ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

6. ¿Toma alguna medicación? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique cuál, dosis y frecuencia (pauta):

7. ¿Consume/ha consumido alcohol o drogas? ¿Fuma o ha fumado? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique tipo, cantidad consumida y frecuencia:

8. ¿Tiene lesiones o secuelas de una enfermedad, alteración congénita o hereditaria, malformaciones o accidente? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique cuáles y aporte informe médico:

9. ¿Tiene reconocida o está en proceso de valoración de alguna minusvalía o incapacidad? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique cuáles y aporte informe médico:

ASISA elude la asistencia derivada de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados, conforme al presente cuestionario, así como de sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA, en relación con el contenido del presente cuestionario, a que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, 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.

Información básica sobre protección de datos.

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.

Nombre y firma D./Dña.:

☐ En nombre propio ☐ Como contratante de la póliza o familiar mayor de edad

N.I.F./N.I.E.:

En

a

de

de 20

EPÍGRAFE	INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS
Responsable del tratamiento	ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.U.
Finalidad	El estudio de la viabilidad para la contratación de una póliza de seguro.
Legitimación	La base legal para el tratamiento de sus datos se encuentra en la aplicación de medidas precontractuales entre el tomador y ASISA.
Destinatarios	- Personas, organismos e instituciones que pudieran acreditar un interés legítimo u obligación legal. - Médicos, centros médicos, hospitales y 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.
Derechos	Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación del tratamiento, oposición, portabilidad de los datos o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado.
Información adicional	Puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos (DPO) del Grupo ASISA (DPO@grupoasisa.com), así como consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: www.asisa.es

Espacio reservado para asesoría médica

Médico valorador:

Adm. Producción:

Informes médicos que debe aportar para la contratación

Observaciones:



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 decírnos 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 decírnos 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 decírnos 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 decírnos 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.



AI63910
M-08-22

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Si tu respuesta es “SI” en ambas finalidades, solo tienes que marcar esta casilla ☐	
Para que ASISA me remita información personalizada de empresas del Grupo ASISA y otras empresas con las que colabora.	Si ☐
Para que ASISA comunique mis datos a las empresas del Grupo ASISA y colaboradoras, con la finalidad de que me informen de sus productos y servicios. La lista de las empresas colaboradoras está a disposición del cliente en https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros .	Si ☐

Responsable	ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.U.
Finalidad	- Atender, gestionar y ejecutar la prestación de servicios de tu solicitud de seguro. - Recibir comunicaciones personalizadas de ASISA sobre sus seguros y servicios propios así como realizar encuestas de opinión.
Legitimación	La base legal para el tratamiento de tus datos se encuentra en la ejecución del contrato de seguro entre el tomador y ASISA, el cumplimiento de obligaciones legales, en el interés legítimo, así como en el consentimiento.
Destinatarios	- Entidades, organismos e instituciones que pudieran acreditar un interés legítimo u obligación legal. - Empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras, en caso de haber obtenido tu consentimiento.
Derechos	Puedes ejercitar los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación del tratamiento, oposición, portabilidad de los datos o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, así como oponerte al envío de comunicaciones electrónicas a través del buzón DPO@grupoasisa.com
Información adicional	Puedes dirigirte al Delegado de Protección de Datos (DPO) del Grupo ASISA (DPO@grupoasisa.com), así como consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: https://www.asisa.es/informacion-adicional-rgpd