

Solicitud de seguro de salud

Av. Alfonso X El Sabio, 14 - Entlo. 03004 Alicante
Tel. 965 200 106 (8 líneas) · Fax 965 144 239 · info@asssa.es · www.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			Edad actuarial
					Día	Mes	Año	
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> Extradental <i>Asegurados mayores de 7 años</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Anual		

Datos económicos *A rellenar por la Compañía*

Pago <input type="checkbox"/> domiciliado (<i>adjuntar documento de orden de domiciliación de adeudo directo SEPA</i>) <input type="checkbox"/> no domiciliado						
Promoción aplicada						
Fuente de conocimiento						
	IMPORTE RECIBOS <i>según forma de pago</i>			Nº de póliza		Prima neta anual
	Primer pago hasta / /		Sucesivos desde / /			
Prima Neta			Salud	
Impuestos			Accidentes	
Total			Dental	

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa al Tomador que con su firma autoriza expresamente a ASSSA para la inclusión de los datos personales en nuestros ficheros, necesarios para la gestión empresa-cliente. El órgano responsable del tratamiento es Agrupación Sanitaria Seguros, S.A., siendo la dirección donde se pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en Av. Alfonso X el Sabio, 14 - Entlo. 03004 Alicante. Asimismo, 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.

Si no desea ser informado de nuestros productos o servicios, marque la siguiente casilla

El Agente, _____ El Tomador, _____ En _____ a _____ de _____ de _____

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA direct debit mandate

Av. Alfonso X El Sabio, 14 - Entlo. 03004 Alicante
Tel. 965 200 106 (8 líneas) · Fax 965 144 239 · info@asssa.es · www.asssa.es



A rellenar por el Tomador *To be completed by the Bank Account Holder*

Nombre del Tomador/es <i>Bank Account Holder's name</i>	
Dirección del Tomador <i>Address of the Bank Account Holder</i>	
Código postal - Población - Provincia <i>Postal Code - City - Town</i>	
País <i>Country</i>	
Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) <i>Swift BIC (up to 8 or 11 characters)</i>	
Número de cuenta - IBAN (En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES) <i>Account number - IBAN (Spanish IBAN of 24 positions always starting with ES)</i>	
Tipo de pago / <i>Type of payment</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Pago recurrente / <i>Recurrent payment</i>

A rellenar por la Compañía *To be completed by the Company*

Referencia de la orden de domiciliación <i>Mandate reference</i>	
Identificador de la Compañía <i>Company Identifier</i>	ES34000A28005312
Nombre de la Compañía <i>Company name</i>	AGRUPACIÓN SANITARIA SEGUROS, S.A.
Dirección <i>Address</i>	Av. Alfonso X El Sabio, 14 - Entlo.
Código postal - Población - Provincia <i>Postal Code - City - Town</i>	03004 Alicante
País <i>Country</i>	España

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa al Tomador que con su firma autoriza expresamente a ASSSA para la inclusión de los datos personales en nuestros ficheros, necesarios para la gestión empresa-cliente.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el Tomador autoriza a ASSSA a enviar instrucciones a la entidad del Tomador para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de la Compañía. Como parte de sus derechos, el Tomador está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

El órgano responsable del tratamiento es Agrupación Sanitaria Seguros, S.A., siendo la dirección dónde se pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en Av. Alfonso X El Sabio, 14-Entlo. 03004 Alicante.

In accordance with provisions of Act 15/1999 of the 13th of December on Data Protection, the Holder is informed that his/her signature on this document expressly authorises ASSSA to include his/her personal data in the Company's files, required for the maintenance of the relationship between the Company and its clients.

By signing this mandate form, the Holder authorises ASSSA to send instructions to his/her bank to debit his/her account and the bank to debit his/her account in accordance with the instructions from the Company. As part of his/her rights, the Holder is entitled to a refund from the bank under the terms and conditions of the established agreement with the bank. The refund request must be claimed within eight weeks starting from the date on which the account was debited. These rights are explained in a statement that the Holder can obtain from the bank.

Agrupación Sanitaria Seguros, S.A., is the responsible entity for the treatment of these data, and the Holder may exercise his/her rights of access, rectification, cancellation and opposition at the following address: Av. Alfonso X El Sabio, 14 - Entlo. 03004 Alicante.

Fecha - Localidad / Date - location in which you are signing _____

Firma del Tomador / Signature of the Bank Account Holder

Todos los campos han de ser cumplimentados obligatoriamente. Una vez firmada esta orden de domiciliación debe ser enviada a la Compañía para su custodia.

All gaps are mandatory. Once this mandate has been signed must be sent to the Company for storage.

Cuestionario de salud

Av. Alfonso X El Sabio, 14 - Entlo. 03004 Alicante
Tel. 965 200 106 (8 líneas) · Fax 965 144 239 · info@asssa.es · www.asssa.es



Datos personales del declarante

Apellidos		Nombre	
Nacionalidad	Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___	Altura	Peso

Información sanitaria del declarante

1. ¿Ha sido intervenido o ingresado en un centro hospitalario en alguna ocasión?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique fecha / motivo / días de ingreso
2. ¿Ha sufrido algún accidente?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique fecha / tratamiento / secuelas
3. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique fecha / tratamiento / evolución / secuelas
4. ¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique cuál / fecha / tratamiento / evolución
5. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al médico? (FECHA ___ / ___ / ___) ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba? (FECHA ___ / ___ / ___) ¿Tiene previsto la realización de algún control médico o prueba?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique motivo Indique cuál / motivo Indique fecha / motivo / especifique prueba
6. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? ¿Toma alguna medicación?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique cuál / motivo Indique medicamento / dosis / para qué
7. Si es mujer, ¿ha estado embarazada? ¿Está actualmente embarazada?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique de cuántos meses
8. ¿Fuma o ha fumado alguna vez?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique cantidad diaria
9. ¿Toma o ha tomado bebidas alcohólicas regularmente?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique cantidad diaria
10. ¿Consume o ha consumido estupefacientes alguna vez?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique frecuencia / tipo de producto

Otros datos de interés del declarante

1. ¿Tiene Seguridad Social?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	España <input type="checkbox"/> País de origen <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado asegurado en otra Compañía anteriormente?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique en cuál / motivo de baja / fecha de baja
3. ¿Mantiene otro/s seguro/s de salud/accidentes?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique Compañía / nº de póliza

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas anteriormente formuladas son veraces y completas, no habiendo desfigurado la verdad ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno. Es consciente y acepta que en caso de reserva o inexactitud perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose ASSSA la facultad de rescindir la póliza en el plazo de un mes desde el momento en que se descubra. Asimismo, reconoce y acepta que no tendrá cobertura a las enfermedades o accidentes declarados y las secuelas que pudieran originarse.

El declarante autoriza expresamente a ASSSA para que realice las comprobaciones necesarias sobre el origen y evolución de las enfermedades de las que precisa asistencia al amparo de la póliza y también para conocer los posibles antecedentes, consecuencias y tratamientos seguidos en cada caso pudiendo contactar con los facultativos intervinientes.

En cumplimiento de lo establecido en la **Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal**, se informa al Tomador que sus datos de carácter personal serán incluidos en un fichero, con la única finalidad de mantenimiento, desarrollo y control de la relación entre el Titular y ASSSA. Asimismo, el Titular, con su firma, autoriza expresamente a tratar los datos recogidos en este formulario - cuya cumplimentación es necesaria para adquirir la condición de Asegurado de ASSSA - como los que se obtengan como consecuencia de la relación establecida entre el Titular y ASSSA. El órgano responsable del tratamiento es Agrupación Sanitaria Seguros, S.A., siendo la dirección donde se pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición; en Av. Alfonso X El Sabio, 14 - Entlo. 03004 Alicante.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente en _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: D. / Dña.