SOLICITUD DE SEGURO

CODIGO DE OFICINA: _____ **CODIGO DE GESTOR:** _____

Nº COLECTIVO: 4725 **NOMBRE:** UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

☑ Nueva Póliza	☐ Modificación de Datos	☐ Baja de Póliza	☐ Alta Asegurado	Nº de Referencia	Nº Asegurados	Fecha de Efecto de la Póliza

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				Nº de Póliza/Certificado
Producto ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros	**Fecha de Nacimiento**	**Sexo** ☐ Hombre ☐ Mujer	**Estado Civil**		**Nacionalidad**
Profesión	**Domicilio**				**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 decirnos cuál?	

ASEGURADO 1

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			Nº de Póliza/Certificado
Fecha de Nacimiento	**Sexo** ☐ Hombre ☐ Mujer	**Estado Civil**	**Nacionalidad**	
Profesión	**Teléfono Fijo**	**Teléfono Móvil**	**E-mail**	
Relación con Tomador ☐ Cónyuge ☐ Hijo	¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros.....	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cuál?	

ASEGURADO 2

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			Nº de Póliza/Certificado
Fecha de Nacimiento	**Sexo** ☐ Hombre ☐ Mujer	**Estado Civil**	**Nacionalidad**	
Profesión	**Teléfono Fijo**	**Teléfono Móvil**	**E-mail**	
Relación con Tomador ☐ Cónyuge ☐ Hijo	¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros.....	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cuál?	

ASEGURADO 3

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			Nº de Póliza/Certificado
Fecha de Nacimiento	**Sexo** ☐ Hombre ☐ Mujer	**Estado Civil**	**Nacionalidad**	
Profesión	**Teléfono Fijo**	**Teléfono Móvil**	**E-mail**	
Relación con Tomador ☐ Cónyuge ☐ Hijo	¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros.....	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cuál?	

ASEGURADO 4

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos			Nº de Póliza/Certificado
Fecha de Nacimiento	**Sexo** ☐ Hombre ☐ Mujer	**Estado Civil**	**Nacionalidad**	
Profesión	**Teléfono Fijo**	**Teléfono Móvil**	**E-mail**	
Relación con Tomador ☐ Cónyuge ☐ Hijo	¿Tiene otras pólizas de ASISA? ☐ Si ☐ No	¿Cuáles? ☐ Salud ☐ Dental ☐ Otros.....	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cuál?	

DATOS BANCARIOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Titular de la Cuenta Bancaria:

Forma de Pago:

☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

IBAN

Seguro mediado por Santander Mediación Operador de Banca-Seguros Vinculado, S.A. CIF A-28360311 a través de su Red de Distribución: Banco Santander, S.A. Operador inscrito en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con nº OV-0042. Responsabilidad Civil y Capacidad Financiera cubierta según legislación vigente.

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 sus sitio Web 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.

OPS-SUS-210-1111

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 Ministerio de Hacienda por O.M. de 24 de Enero de 1957. Inscrita en la Dirección General de Sanidad con el número 215.

CUESTIONARIO DE SALUD

Denominación Social _____ C.I.F.:_____ Nº de Referencia _____

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal).

Nombre y Apellidos _____ N.I.F.:_____ Fecha de Nacimiento___/___/____

Durante los útlimos cinco años ¿ ha estado ingresado en un hospital o está pendiente de hacerlo para algún diagnóstico o tratamiento, ha sido intervenido quirúrgicamente en alguna ocasión o tiene previsto hacerlo? ☐ **Sí** ☐ **No**

No es preciso reflejar algunas intervenciones señaladas a continuación, salvo que presente secuelas o complicaciones de las mismas: Amigdalotomía (operación de anginas), adenoidectomía (vegetaciones), apendicectomía, extracción dentaria, parto, cesárea, fimosis, vasectomía, ligadura de trompas, intervenciones por quistes sebáceos o epidermoides, lipomas.

En caso afirmativo, indique tipo de ingreso o intervención quirúrgica, año en que ha tenido lugar y si le han quedado o no secuelas.

Por favor, indique si tiene o ha tenido alguna enfermedad de las que a continuación se refieren:

No es necesario reflejar enfermedades habituales y de corta duración como catarros, gripes, bronquitis, diarreas, anginas, faringitis, etc.

1.- CARDIACA, PULMONAR O DEL APARATO RESPIRATORIO	☐ **Sí** ☐ **No**
2.- METABÓLICAS (del Sistema Endocrino) O DEL APARATO DIGESTIVO	☐ **Sí** ☐ **No**
3.- REUMATOLÓGICAS, ÓSEAS O MUSCULARES	☐ **Sí** ☐ **No**
4.- DEL SISTEMA NERVIOSO, DE LOS OJOS O DE LOS OÍDOS	☐ **Sí** ☐ **No**
5.- HEMATOLÓGICAS O DE LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE	☐ **Sí** ☐ **No**
6.- DEL RIÑÓN O EL APARATO UROGENITAL (incluyendo la próstata, en su caso)	☐ **Sí** ☐ **No**
7.- PSIQUIÁTRICAS, ANOREXIA, BULIMIA	☐ **Sí** ☐ **No**
8- ENFERMEDADES INFECCIOSAS	☐ **Sí** ☐ **No**

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

¿Padece o ha padecido algún proceso tumoral, cáncer, incluso de la piel, melanoma, linfoma, leucemia etc? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Tiene reconocida alguna minusvalía o incapacidad o está en proceso de valoración? ¿Presenta algún defecto físico? ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso afirmativo es necesario indicar el grado y tipo de discapacidad o minusvalía reconocida o en proceso de valoración.

Otros datos de interés:

¿Toma medicamentos? (indicar cuáles)_____ ☐ **Sí** ☐ **No**

- **Su peso (Kg)** ☐ - **Altura (cm)** ☐

ASISA elude la asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, no declarados en el cuestionario que debe suscribir el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la transcendencia, 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.

En_____, a_____de_____de 20___

Fdo. D./Dña._____ N.I.F.: _____ ☐ En nombre propio ☐ Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad

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.

Resolución (Médico): ☐ Aceptada ☐ Rechazada ☐ Solicitud de Informe:_____

☐ Aceptada con Exclusiones: _____