

PARTE DE ALTA/BAJA/MODIFICACIÓN:



Fecha:

Parte de: ALTA BAJA MODIFICACIÓN

Titular:

Apellidos:
Nombre: Fecha de Nacimiento:
Domicilio: Código postal:
Población: Teléfono:

Beneficiarios:

Número de Orden: Parentesco:
Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombre: Fecha de Nacimiento:

Número de Orden: Parentesco:
Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombre: Fecha de Nacimiento:

Número de Orden: Parentesco:
Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombre: Fecha de Nacimiento:

Número de Orden: Parentesco:
Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombre: Fecha de Nacimiento:

Datos Bancarios:

Banco o Caja de Ahorros:
Agencia Nº: Código postal:
Domicilio: Localidad / Provincia:
Nº Cuenta Corriente: Nº Libreta:

El Titular queda informado de forma inequívoca y precisa, y autoriza expresamente a ASISA Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. para recabar y tratar automatizadamente en un Fichero del que es Responsable, los datos recogidos en el formulario –cuya cumplimentación es necesaria para adquirir la condición de asegurado de ASISA- y los que se obtengan como consecuencia de la relación jurídica establecida entre el Titular y ASISA (incluidos, en su caso, datos de salud), con la única finalidad del mantenimiento, desarrollo o control de la relación jurídica entre el Titular y ASISA.

Asimismo el Titular consiente de forma expresa –únicamente cuando responda a la citada finalidad- la cesión de dichos datos (incluidos, en su caso, datos de salud) a entidades colaboradoras de ASISA.

Esta entidad dispone de mi autorización para remitirme información sobre bienes o servicios de ASISA cuya contratación pueda ser de mi interés. El Titular podrá denegar el consentimiento anteriormente facilitado, así como ejercitar los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación de los datos recogidos en el Fichero, de acuerdo a la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiéndose para ello a la C/ Juan Ignacio Luca de Tena nº 10 Madrid 28027.

Y para que conste y surta efectos oportunos, doy mi consentimiento.

En: a de de

D./Dña.: D.N.I.:

Firma.

Nota: Dispongo de 15 días, a partir de la recepción del contrato para estudiar sus condiciones generales y particulares. Si no me satisface plenamente renunciaré por escrito a mi adhesión en ese plazo y me devolverán íntegramente el importe.