

## 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>	<input type="checkbox"/>	Anual		
Extradental <i>Asegurados mayores de 7 años</i>	<input type="checkbox"/>			

## 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	.....	.....

Acepto que ASSSA me informe sobre el producto de seguro solicitado a través de su web - [www.asssa.es](http://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, aportando 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 \_\_\_\_\_