

El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA, ASIS-TENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A. (en adelante, ASISA), a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones declaradas, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos.

De conformidad con lo previsto en la Ley de Contrato de Seguros, Usted cuenta con un plazo de treinta días desde el momento en que reciba su póliza para examinar detenidamente las condiciones de la misma, y anularla en caso de no estar conforme, teniendo derecho al reintegro del importe abonado, excepto en la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

Las declaraciones del Tomador y del Asegurado constituyen la base del Contrato que se solicita. Toda declaración inexacta que influya en la valoración del riesgo dará lugar a la nulidad del Contrato quedando a favor de la Entidad Aseguradora la prima o fracción de ella ya satisfecha. Los firmantes manifiestan que son exactas las declaraciones que acompañan a la presente solicitud.

El tomador y el asegurado dan su consentimiento expreso a que los datos personales proporcionados, incluidos los de salud, así como cualquier otro dato que pudiera ser facilitado por los mismos en el curso de la relación contractual, sean incluidos en un fichero automatizado, responsabilidad de ASISA con la finalidad -entre otros- de dar cumplimiento a la relación contractual, la prevención e investigación del fraude, la gestión y el desenvolvimiento propio de la actividad aseguradora, la valoración y delimitación del riesgo, así como el envío por parte de la misma de comunicaciones relativas a cualesquiera de sus productos o servicios.

Los citados datos, incluidos los de salud, serán objeto de tratamiento por ASISA, así como por parte de aquellas otras entidades públicas o privadas que intervengan en la gestión de su actividad.

La ausencia de respuesta a las preguntas formuladas o la falta de veracidad sobre las mismas, impedirá gestionar la solicitud, siendo por ello obligatorio contestar verazmente.

El tomador del seguro y el asegurado asumen, asimismo, el compromiso de informar a los beneficiarios del contenido de la presente cláusula y de obtener el consentimiento de los beneficiarios, a los fines de que por parte de los mismos se faciliten sus datos personales a ASISA.

Igualmente, el tomador y asegurado prestan su consentimiento para que ASISA comunique sus datos a los beneficiarios, con el objeto de llevar a cabo las gestiones relacionadas con el seguro.

El tomador y el asegurado manifiestan su conformidad a las cesión a ficheros comunes de los datos que les sean recabados a lo largo del contrato, con la finalidad de proceder a la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial para poder llevar a cabo la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora de acuerdo con lo establecido en el art. 25 del RDL 6/2004, de 29 de octubre y en la Disposición Adicional 6ª de la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre.

El tomador y asegurado consienten de manera expresa el envío por parte de ASISA de información sobre productos o servicios propios o de terceros, así como la cesión de sus datos a entidades colaboradoras de la Entidad.

Los titulares de los datos podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose a ASISA, Departamento de Asesoría Jurídica, Calle Juan Ignacio Luca de Tena nº 10, Madrid 28027.

El Tomador del seguro	El Asegurado (si es distinto del Tomador)
En _____	a _____ de _____ de _____

Porque la protección de Asisa va más allá de la salud



Ahora, Asisa también te asegura protección para los tuyos

Porque sabemos lo importante que es para ti el bienestar de los tuyos y porque tu responsabilidad te hace pensar en hipotecas, créditos, colegios, universidad, etc..., te ofrecemos nuestro nuevo seguro de vida, pensado para proteger el futuro de los que más quieres:

asisa
vida



Coberturas

- Fallecimiento por cualquier causa
- Incapacidad permanente absoluta por cualquier causa⁽¹⁾
- Doble capital en caso de fallecimiento por accidente⁽¹⁾

Opciones de capital

- 30.000 euros
- 60.000 euros
- 100.000 euros

⁽¹⁾ garantía complementaria opcional

Vida Saludable ventajas exclusivas para clientes de Asisa

Asisa Vida, ofrece a sus asegurados ventajas exclusivas:

- **Servicio exclusivo de orientación médica:** asesoramiento en pruebas diagnósticas, actos médicos y terapéuticos, etc.
- **Teléfono de orientación médica** 24h los 365 días al año donde podrás realizar consultas sobre salud, medicamentos, pediatría, calendarios vacunales, geriatría, etc.
- **Acceso en condiciones especiales a tratamientos hidrotermales** (balneario-terapia, thalassoterapia) y centros Wellness y SPA.
- **Condiciones especiales en centros de estética integral** (nutrición, tratamientos médico-estéticos, cirugía estética).

Esto es un ejemplo de las ventajas del programa **Vida Saludable**, del que podrás beneficiarte de forma gratuita al contratar tu seguro de **Asisa Vida**. Aprovéchate.

Con Asisa cuesta muy poco

Compruébalo con estos ejemplos de prima neta anual ⁽²⁾:

Tarifa especial clientes de Asisa

Hombres		Capital asegurado			Mujeres		Capital asegurado		
Edad	30.000 €	60.000 €	100.000 €	Edad	30.000 €	60.000 €	100.000 €		
30	86,35 €	152,69 €	241,16 €	30	61,87 €	103,73 €	159,55 €		
35	92,86 €	165,73 €	262,88 €	35	70,55 €	121,10 €	188,50 €		
40	112,51 €	205,02 €	328,36 €	40	84,55 €	149,11 €	235,18 €		
45	151,24 €	282,48 €	457,46 €	45	102,81 €	185,62 €	296,04 €		
50	218,92 €	417,83 €	683,05 €	50	132,17 €	244,33 €	393,89 €		
55	338,18 €	656,36 €	1.080,61 €	55	193,00 €	366,00 €	596,66 €		
60	524,16 €	1.028,31 €	1.700,52 €	60	275,75 €	531,50 €	872,49 €		

Prima neta anual. Seguro temporal renovable. Garantías: fallecimiento, incapacidad permanente absoluta, fallecimiento por accidente. Si necesitas ampliar información puedes dirigirte a **ASISA contrata 901 10 10 10**, o dirigir un correo a **vida@asisa.es**.

Asegura la máxima protección para tu familia. Al mejor precio.

⁽²⁾ Impuestos no incluidos

Solicitud simplificada de Seguro:

asisa
vida

Delegación/Subdelegación: Mediator: Fecha entrada Deleg./Subdeleg.:

Solicitante/Tomador del Seguro:

Profesión: Actividades de riesgo: N.I.F.:

Domicilio: C.P.:

Localidad: Provincia:

Fecha de nacimiento: Sexo:

Teléfono fijo: Móvil: Mail:

Asegurado (si es distinto al Solicitante/Tomador):

Profesión: Actividades de riesgo: N.I.F.:

Domicilio: C.P.:

Localidad: Provincia:

Fecha de nacimiento: Sexo:

Teléfono fijo: Móvil: Mail:

Beneficiario (s):

En caso de Incapacidad: el propio Asegurado salvo indicación expresa del Tomador.

En caso de fallecimiento:

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral

Garantías del Seguro solicitadas:

Fallecimiento por cualquier causa Capital a asegurar: 30.000 euros 60.000 euros 100.000 euros

Crecimiento: IPC 3% anual 5% anual Sin crecimiento

Incapacidad permanente absoluta por cualquier causa SI NO

Fallecimiento por accidente SI NO

En caso de que el capital solicitado supere los 100.000 euros, deberá cumplimentarse la Solicitud Ampliada

Domiciliación bancaria: **Código Cuenta Cliente (C.C.C.):**

ENTIDAD OFICINA D.C. N° CUENTA

Modalidad de Seguro:

Temporal anual renovable

Declaración del Asegurado:

1. Estatura cm. Peso kg.

2. ¿Está incapacitado total o parcialmente o presenta algún defecto físico invalidante? SI NO

3. ¿Durante los 3 últimos años ha interrumpido su actividad laboral como consecuencia de enfermedad o accidente por un periodo de más de 10 días? SI NO ¿Se encuentra en situación de baja laboral actualmente? SI NO

4. ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: cardíacas, enfermedades neurológicas, accidentes cerebro vasculares, cáncer/tumor, enfermedad degenerativa del sistema nervioso, síndrome o malformación congénita, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas, VIH/SIDA u otras enfermedades graves? SI NO

Si ha contestado afirmativamente alguna de las cuestiones indicadas, describa la fecha de la ocurrencia, la patología y el tratamiento recibido, así como el centro médico u hospitalario donde recibió el tratamiento

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

