

Colectivo nº: 20779
 Nombre y Apellidos:.....
 N.I.F.:.....

CUPÓN DE SOLICITUD

Ruego carguen a la Cuenta indicada el importe de las pólizas solicitadas, cuyos recibos serán presentados por ASISA

Nombre y apellidos del titular:
 Fecha de nacimiento: N.I.F. del titular:
 Teléfono fijo: Teléfono móvil: e-mail:
 Dirección del titular:
 Población: Provincia: Código Postal:

¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO Sí, deseo darme de alta en: ASISA DENTAL

En caso afirmativo, ¿pertenece a algún colectivo? SI NO ASISA DENTAL EXTRA ASISA DENTAL FAMILIAR*

Especifique cual.....

Forma de pago: BIMESTRAL TRIMESTRAL
 SEMESTRAL ANUAL

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)

Entidad	Oficina	DC	Número de Cuenta

Clínicas Asisa Dental preferentes para recibir asistencia

MADRID	GRANADA
<input type="checkbox"/> Menéndez Pelayo, 67	<input type="checkbox"/> Plaza Gran Capitán, 2
<input type="checkbox"/> Doctor Esquerdo, 197	
<input type="checkbox"/> General Moscardó, 18	Resto de provincias
<input type="checkbox"/> Eloy Gonzalo, 29	<input type="checkbox"/> Cuadro Médico

* Sólo disponibles en Madrid y Granada

Si usted desea dar de alta en ASISA DENTAL a otros miembros de su familia, facilítenos sus datos.

- Nombre y apellidos: Parentesco:
 Fecha de nacimiento: ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO N.I.F. del titular:
- Nombre y apellidos: Parentesco:
 Fecha de nacimiento: ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO N.I.F. del titular:
- Nombre y apellidos: Parentesco:
 Fecha de nacimiento: ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO N.I.F. del titular:
- Nombre y apellidos: Parentesco:
 Fecha de nacimiento: ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO N.I.F. del titular:
- Nombre y apellidos: Parentesco:
 Fecha de nacimiento: ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO N.I.F. del titular:
- Nombre y apellidos: Parentesco:
 Fecha de nacimiento: ¿Es Asegurado de Asisa Salud? SI NO N.I.F. del titular:

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) o entidades colaboradoras de ASISA.

Asimismo, el Titular autoriza expresamente a que sus datos personales, salvo sus datos de salud, puedan ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial acerca de ASISA, de sus actividades, productos, servicios, ofertas, promociones especiales, etc., por diferentes medios, incluido el correo electrónico. El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá mientras subsista cualquier relación comercial o contractual con ASISA y aún tras el cese de dichas relaciones.

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, 10. Madrid 28027.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, el Titular firma la presente en a ... de de 200.....

Fdo.: D/ña. Fecha

Humedezca la banda engomada, pliegue y forme un sobre. Deposítelo en un buzón de correos. No necesita sello

HUMEDECER AQUÍ