

# CUPÓN DE ALTA ASISA DENTAL:



Si. Estoy interesado en darme de alta en Asisa Dental. Fecha:

## Titular:

Apellidos:  N.I.F.:   
Nombre:  Fecha de Nacimiento:   
Domicilio:  Código postal:   
Población:  Teléfono:

## Si usted desea dar de alta en Asisa Dental a otros miembros de su familia, facilítenos sus datos:

Primer Apellido:  Segundo Apellido:   
Nombre:  Fecha de Nacimiento:  N.I.F.:

Primer Apellido:  Segundo Apellido:   
Nombre:  Fecha de Nacimiento:

Primer Apellido:  Segundo Apellido:   
Nombre:  Fecha de Nacimiento:  N.I.F.:

Primer Apellido:  Segundo Apellido:   
Nombre:  Fecha de Nacimiento:  N.I.F.:

Primer Apellido:  Segundo Apellido:   
Nombre:  Fecha de Nacimiento:  N.I.F.:

## Datos Bancarios:

Banco o Caja de Ahorros:

Agencia Nº:  Código postal:

Domicilio:  Localidad / Provincia:

Nº Cuenta Corriente:  Nº Libreta:

Forma de pago:  ANUAL  SEMESTRAL  TRIMESTRAL  MENSUAL

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, 10. Madrid 28027.

¿Es asegurado de Asisa?:  SI  NO

Ruego atiendan con cargo a mi cuenta los recibos que le presenten al cobro ASISA a nombre de

D./Dña:  (Titular de Seguro)

Titular de la cuenta D./Dña.:

Firma.