

a rellenar por ASISA

Datos del Paciente

N.º de Tarjeta	D.N.I. / N.I.F.:	
Nombre y Apellidos	Domicilio	
Localidad	Provincia	CP
Teléfono	E-mail:	

Documentación que aporta

Informe médico original de las prestaciones recibidas Justificantes y/o Facturas originales (desglose cada una de ellas)

Importe	Proveedor	Acto realizado

Datos Bancarios

Nombre y Apellidos (Si son diferentes a los del Paciente) _____

N.I.F. Titular de la cuenta _____

CODIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	N.º CUENTA

Nota: El Titular de la cuenta deberá coincidir con el Titular de la póliza contratada con esta Entidad o en su defecto con uno de sus beneficiarios.

El firmante declara que todos los datos que figuran en este impreso son correctos y que el importe/s solicitado/s ha/n sido por él abonado/s conforme a los justificantes que se adjuntan por servicios efectivamente recibidos.

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.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente, en _____, a _____ de _____ de 20 _____

