



Domiciliación Bancaria

CODIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	N.º CUENTA

SR. DIRECTOR

Banco / Caja

Calle

Código Postal

Población

Fecha

A. Sanitaria

Hospitalización

Accidente

Infarto

P. Dental

P. Reembol. Gastos

Talones

Muy Sr. mío:

Ruego a Vd. que hasta nuevo aviso se sirvan hacer efectivos los recibos que les presente al cobro ASISA, asistencia sanitaria interprovincial de seguros, S. A., con cargo a mi Cuenta Corriente, cuyo Titular y número más abajo se especifican:

Nombre del titular de la cuenta

N.º de la cuenta

Nombre del titular de los recibos

Atentamente le saluda,

Firma del Titular de la Cuenta

A cumplimentar por la Compañía

N.º Póliza

N. P.

N. P.

N. P.

N. P.

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 200 _____

Fdo.: D/ña.

N.º Póliza