

1 TOMADOR DE LA PÓLIZA				
Apellidos:				
Nombre:			NIF / NIE:	
Teléfono:		Móvil:		Correo-e:
Canal solicitud:	Presencial: [ ]	Correo: [ ]	Teléfono: [ ]	Fax: [ ]
Fecha efecto solicitada: / /				
Apellidos y Nombre del Asegurado			Número de póliza	

2 MOTIVO DE LA BAJA DECLARADO POR EL CLIENTE:			
<input type="checkbox"/> 007 Traspaso a otra póliza	<input type="checkbox"/> 013 Deficiencia en el servicio	<input type="checkbox"/> 019 Precio	<input type="checkbox"/> 024 Cambio de residencia
<input type="checkbox"/> 008 Traspaso a otra provincia	<input type="checkbox"/> 014 Deficiencia en el servicio del 902	<input type="checkbox"/> 020 Mejor oferta competencia	<input type="checkbox"/> 025 Anulación miembro colectivo
<input type="checkbox"/> 009 Traspaso a otro colectivo abierto	<input type="checkbox"/> 015 Deficiencia en el servicio Presencial	<input type="checkbox"/> 021 No uso	<input type="checkbox"/> 026 Incremento Prima
<input type="checkbox"/> 010 Traspaso a otro colectivo cerrado	<input type="checkbox"/> 016 Deficiencia en el servicio del Mediador	<input type="checkbox"/> 022 Fallecimiento	<input type="checkbox"/> 027 No aceptación Tomador
<input type="checkbox"/> 011 Cuadro Médico Insuficiente	<input type="checkbox"/> 017 Proveedor Médico	<input type="checkbox"/> 023 Modificación situación familiar	<input type="checkbox"/> 028 No Aceptación exclusión o dolo
<input type="checkbox"/> 012 Denegación Prestación	<input type="checkbox"/> 018 Retraso en la documentación		

3 OBSERVACIONES DE LA SOLICITUD

4 FECHA EFECTO DE LA BAJA (a rellenar por la Compañía):
El contrato se estipula con la duración y vencimientos previstos en las Condiciones Particulares de la Póliza. Cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador (Artículo 22 Ley Contrato de Seguro).
Fecha efecto de la baja: / / Delegación:
Observaciones:
Solicitud baja póliza completa: [ ] Solicitud baja asegurado / s: [ ]

5 LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TOMADOR
En _____, a _____ de _____ de _____
Firmado:

EPIGRAFE	INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS
Responsable del tratamiento	ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, S.A.U.
Finalidad	- Gestionar la rescisión del contrato de seguro suscrito entre el tomador y ASISA por motivo de la baja declarada por el cliente.
Legitimación	- La base legal para el tratamiento de sus datos se basa en la gestión de la relación contractual entre el tomador y ASISA.
Destinatarios de cesiones	- Entidades que forman parte del Grupo ASISA y entidades colaboradoras del mismo.
Derechos	Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación del tratamiento, oposición, portabilidad de los datos o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, todo ello de forma gratuita, tal como se detalla en la información completa sobre protección de datos.
Información adicional	Puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos (DPO) del Grupo ASISA (DPO@grupoasisa.com), así como consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: www.asisa.es