

SOLICITUD DE SEGURO ASISTENCIA SANITARIA

Alta Modificación

Mediado por: _____

Nº SOLICITUD	AGENTE	FECHA EFECTO	FECHA VENCIMIENTO	PÓLIZA Nº		
_____	_____	_____	_____	_____		
PRODUCTO _____						
DATOS DEL TOMADOR	Apellidos o Denominación _____		Nombre _____			
	NIF/CIF _____	Fecha de nacimiento _____		Sexo <input type="checkbox"/>		
	Domicilio _____					
	Localidad _____			Código postal _____		
	Provincia _____		Teléfono _____	Fax _____		
	E-mail _____					
DATOS DE COBRO	Forma de pago	<input type="checkbox"/> MENSUAL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> ANUAL	
	IBAN _____	Código Entidad _____	Oficina _____	D.C. _____	Cuenta _____	
	ENTIDAD / OFICINA _____					
¿Existe algún seguro precedente de salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						
En caso afirmativo, indicar compañía y número de póliza _____						
DATOS DE LOS ASEGURADOS	Domicilio familiar _____					
	Código postal _____		Localidad _____			
	Provincia _____					
	Teléfono _____					
	Apellidos y Nombre		Fecha de nacimiento	Sexo (1)	Parent. (2)	DNI/NIF
	1º _____		_____	<input type="checkbox"/>	TI	_____
	2º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	3º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	4º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	5º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
7º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
8º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	

(1) V= Hombre, H= Mujer. (2) C= Cónyuge, H= Hijos, P= Padres, F= Resto Familiares, O= Otros TI= Titular.
 (3) No se aplica carencia si el Asegurado está incluido en una póliza de salud preexistente.

El solicitante del seguro declara haber cumplimentado conforme a la verdad esta solicitud. Igualmente, el solicitante autoriza a cualquier médico que en el ejercicio de su profesión haya adquirido conocimiento o antecedentes de su estado de salud, a informar de los mismos a la compañía, siempre que esta lo requiera. De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, le comunicamos que los datos que Vd. nos proporcione serán tratados, a cuyos efectos le facilitamos la información básica del tratamiento:

Responsable	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER	
Finalidades principales y legitimación	Finalidades a. Formalización y cumplimiento del contrato de seguro o precontrato. b. Prevención del fraude	Legitimación a. Necesidad para la celebración de un contrato o precontrato b. Cumplimiento de obligaciones legales.
Otras finalidades adicionales y legitimación	Finalidades a. Elaboración de perfiles y envío de comunicaciones comerciales.	Legitimación a. Interés legítimo
Destinatarios	Entidades Reaseguradoras o Coaseguradoras. Sociedades del Grupo Caser. Entidades para la Prevención del Fraude. Administraciones Públicas	
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento, mediante correo postal o electrónico, acreditando su identidad.	
Delegado de Protección de Datos:	Dirección Postal: Avda. de Burgos, 109 28050 - MADRID Correo Electrónico: dpogrupocaser@caser.es	
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: www.caser.es/protección-de-datos	

El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el artículo 122 del RDOSEAR. Asimismo declara recibir y mostrar su conformidad con el contenido de las condiciones particulares, generales y especiales, en su caso, del seguro concertado y, en particular, acepta expresamente las cláusulas destacadas en negrita que se corresponden con las exclusiones y cláusulas limitativas del contrato.

Hecho y firmado en _____, a _____ de _____ de _____

EL SOLICITANTE