



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. (3)	DNI/NIF	Caren c. (4)
	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"/>	_____	_____	
9º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	
10º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	

(1) V= Hombre, H= Mujer. (2) C= Casado, S= Soltero, V= Viudo, D= Divorciado, E= Separado
 (3) C= Cónyuge, H= Hijos, P= Padres, F= Resto Familiares, O= Otros TI= Titular. (4) No se aplica carencia si el Asegurado está incluido en una póliza de salud preexistente.

El solicitante del seguro declara haber contestado conforme a la verdad a las preguntas de esta solicitud. De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, consiente a que los datos que Vd. nos proporcione, incluidos los de salud, sean tratados en un fichero automatizado por CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con el fin de gestionar la relación de aseguramiento, realizar encuestas de satisfacción sobre nuestros servicios y remitirle información comercial, aun terminada la vigencia de la póliza sobre nuestros productos y servicios de seguros y planes de pensiones, financieros, sanitarios, asistenciales y de residencias para la tercera edad. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se harán efectivos mediante carta dirigida al domicilio social de la compañía, Avda. de Burgos, 109 - 28050 - MADRID (Indicar Asesoría Jurídica - Protección de Datos) o a través de www.caser.es.

Sus datos personales podrán ser cedidos, sin necesidad de comunicar la primera cesión, a entidades del Grupo CASER (consúltese la relación de entidades que en cada momento integran el grupo en www.caser.es) para que por éstas, por cualquier medio de comunicación, incluido el correo electrónico o equivalente, se le realicen comunicaciones comerciales o promocionales, sobre los sectores antes mencionados, adaptadas al perfil de gustos, aficiones, necesidades por Vd. declaradas, así como a las pólizas contratadas con la distintas sociedades del Grupo CASER.

Los datos que se recaben podrán ser cedidos a ficheros comunes, a los efectos de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. El solicitante podrá revocar en cualquier momento la autorización concedida para que Caser o las sociedades de su Grupo le remitan ofertas o comunicaciones publicitarias y promocionales, notificándolo en el teléfono gratuito, 900 810 569

El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el artículo 107 del ROSSP. 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 MEDIADOR

EL SOLICITANTE

1. ENTIDAD ASEGURADORA
 2. MEDIADOR
 3. CLIENTE