



SOLICITUD DE SEGURO ASISTENCIA SANITARIA

Alta Modificación

Mediado por: _____

Nº SOLICITUD	AGENTE	FECHA EFECTO	FECHA VENCIMIENTO	PÓLIZA Nº				
_____	_____	_____._____.____.	_____._____.____.	_____				
PRODUCTO _____								
DATOS DEL TOMADOR	NIF/CIF _____							
	Apellidos o Denominación _____ Nombre _____							
	Domicilio _____							
	Localidad _____			Código postal _____				
	Provincia _____		Teléfono _____		Fax _____			
	Formas de pago: <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL 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)	EC (2)	Parent. (3)	DNI/NIF	Carenc. (4)
	1º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TI	_____	<input type="checkbox"/>
	2º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	3º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	4º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	5º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	6º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
7º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	
8º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	
9º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	
10º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	
PRIMAS	PRIMER RECIBO		RECIBOS SUCESIVOS					
	Desde _____	Total recibo _____	Periodicidad _____	Total recibo _____				
	Hasta _____		_____					
	PRIMA ANUAL _____	RECIBO ANUAL _____	IMPUESTOS _____					

(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. A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante (Asegurado en su caso) consiente a que los datos personales (incluso los de salud) facilitados al mediador y, en su caso, al contratante colectivo, sean incluidos por la Entidad Aseguradora en un fichero y a su tratamiento posterior, al ser preceptiva su cumplimentación para valorar y delimitar el riesgo y, en consecuencia, para el inicio y desarrollo de la relación contractual, siendo destinataria y responsable del fichero CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con domicilio en Avda. de Burgos, 109, 28050 Madrid, donde el solicitante (Asegurado en su caso) podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Director del Departamento Jurídico-Técnico. Asimismo, autoriza a que sus datos personales puedan ser cedidos a Entidades del Grupo Caser, aceptando que por éstas se le remita información sobre cualquier producto o servicio que comercialicen, así como a la Entidad Reaseguradora. Los datos que se recaben pueden 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 Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el Artículo 107º del ROSSP. Asimismo, declara conocer y mostrar su conformidad con el contenido de las Condiciones Particulares, Generales y Especiales 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**