

## SOLICITUD DE SEGURO ASISTENCIA SANITARIA

Alta  Modificación

Mediado por: **REDSALUD S.L.U.**

Nº SOLICITUD	AGENTE	FECHA EFECTO	FECHA VENCIMIENTO	PÓLIZA Nº			
_____	_____	_____	_____	_____			
<b>PRODUCTO</b> _____							
<b>DATOS DEL TOMADOR</b>	Apellidos o Denominación _____		Nombre _____				
	NIF/CIF _____	Fecha de nacimiento _____	Sexo <input type="checkbox"/>				
	Domicilio _____						
	Localidad _____	Código postal _____					
	Provincia _____	Teléfono _____	Fax _____				
	E-mail _____						
<b>DATOS DE COBRO</b>	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 _____							
<b>DATOS DE LOS ASEGURADOS</b>	Domicilio familiar _____						
	Código postal _____	Localidad _____					
	Provincia _____						
	Teléfono _____						
	Apellidos y Nombre		Fecha de nacimiento	Sexo (1)	Parent. (2)	DNI/NIF	Caren c. (3)
	1º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<b>TI</b>	_____	_____
	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@es	
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: <a href="http://www.caser.es/protección-de-datos">www.caser.es/protección-de-datos</a>	

**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**