

**SOLICITUD DE SEGURO
 ASISTENCIA SANITARIA**

Mediado por: REDSALUD **Alta** **Modificación**
 aranda&paris s.l.

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		Caren c. (3)
	1º _____				_____		<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"/>	

(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: 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