CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. –CASER–
Avenida de Burgos, 109 – 28050 Madrid
www.caser.es

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

DATOS DE COBRO

Forma de pago: ☐ MENSUAL ☐ TRIMESTRAL ☐ SEMESTRAL ☐ ANUAL

Código Entidad — Oficina — D.C. — Cuenta

ENTIDAD / OFICINA

¿Existe algún seguro precedente de salud? ☐ SÍ ☐ 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					TI		
2º							
3º							
4º							
5º							
6º							
7º							
8º							
9º							
10º							

PRIMAS

PRIMER RECIBO

Desde __ - __ - ____ Total recibo

Hasta __ - __ - ____

RECIBOS SUCESIVOS

Periodicidad Total recibo

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**

1. ENTIDAD ASEGURADORA
2. MEDIADOR
3. CLIENTE

Inscrita en el R.M. de Madrid, tomo 2245, folio 179, hoja M-39662 – CIF: A 28013050

Mod. D0000054-C