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

SOLICITUD DE SEGURO
ASISTENCIA SANITARIA

Alta ◉ **Modificación** ○

Mediado por: CAROLINA MORENO LEON

Nº SOLICITUD	AGENTE	FECHA EFECTO	FECHA VENCIMIENTO	PÓLIZA Nº
	2856122			

PRODUCTO CASER SALUD ADAPTA MAS SONRISA EXTRAJERO

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos o Denominación ____ Nombre ____

NIF/CIF ____ Fecha de nacimiento ____ Sexo ____

Domicilio ____

Localidad ____ Código postal ____

Provincia ____ Teléfono ____ Fax ____

E-mail ____

DATOS DE COBRO

Forma de pago ◉ MENSUAL ○ TRIMESTRAL ○ SEMESTRAL ○ ANUAL

IBAN ____ 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)	Parent. (2)	DNI/NIF	Caren c. (3)
1º			TI		
2º					
3º					
4º					
5º					
6º					
7º					
8º					

(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 RDOSSEAR. 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

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

Mod.