



SOLICITUD DE SEGURO ASISTENCIA SANITARIA

Alta Modificación

Mediado por: _____

Nº SOLICITUD		AGENTE		FECHA EFECTO		FECHA VENCIMIENTO		PÓLIZA Nº				
_____		FINSA		____.____.____		____.____.____		6,6,6,0,1,7,8,9				
PRODUCTO _____												
DATOS DEL TOMADOR	NIF/CIF _____											
	Apellidos o Denominación _____						Nombre _____					
	Domicilio _____											
	Localidad _____						Código postal _____					
	Provincia _____			Teléfono _____			Fax _____					
DATOS DE COBRO	Forma 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 _____				_____		_____	_____	TI	_____		_____
	2º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____
	3º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____
	4º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____
	5º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____
6º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____	
7º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____	
8º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____	
9º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____	
10º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____	
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

1. ENTIDAD ASEGURADORA
 2. MEDIADOR
 3. CLIENTE