



SOLICITUD DE SEGURO ASISTENCIA SANITARIA

Alta Modificación

Mediado por: AndalBrok, Correduría de Seguros. Clave DGS: J-1537

Nº SOLICITUD	AGENTE	FECHA EFECTO	FECHA VENCIMIENTO	PÓLIZA Nº				
_____	_____	____.____.____	____.____.____	_____				
PRODUCTO _____								
DATOS DEL TOMADOR	NIF/CIF <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>							
	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	Cerenc. (4)
	1º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<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"/>	
9º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	
10º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	
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.

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 ilimitativas del contrato.

Hecho y firmado en _____, a _____ de _____ de _____ de _____

EL MEDIADOR

EL SOLICITANTE

1. ENTIDAD ASEGURADORA
2. MEDIADOR
3. CLIENTE

ENVIAR RELLENA Y FIRMADA POR FAX AL COLEGIO, AL 952 344 010