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

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

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							

(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, Cajasol, Seguros Generales Sociedad de Seguros y Reaseguros, S.A. con domicilio en Plaza de San Francisco nº 1, 41004 – Sevilla, 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

Cajasol, Seguros Generales Sociedad de Seguros y Reaseguros, S.A. Registro Mercantil de Sevilla al Tomo 5172, Folio 100, Hoja nº SE 84678 inscripción 1ª · CIF: A 91850958

Mod. D00000554-C