

## SOLICITUD DE SEGURO CASER SALUD DENTAL ASISTENCIA SANITARIA

Alta     Modificación

Mediado por: **OBDULIA PEÑATE RODRIGUEZ**

Nº SOLICITUD	AGENTE	FECHA EFECTO	FECHA VENCIMIENTO	PÓLIZA Nº
_____	3 5 9 9 5 5 8	____.____.____	____.____.____	_____

PRODUCTO \_\_\_\_\_

<b>DATOS DEL TOMADOR</b>	Apellidos o Denominación _____		Nombre _____	
	NIF/CIF _____	Fecha de nacimiento _____		Sexo _____
	Domicilio _____			
	Localidad _____			Código postal _____
	Provincia _____		Teléfono _____	Fax _____
	E-mail _____			

<b>DATOS DE COBRO</b>	Forma de pago	<input type="checkbox"/> MENSUAL*	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> ANUAL
	IBAN _____	Código Entidad _____	Oficina _____	D.C. _____	Cuenta _____
	ENTIDAD / OFICINA _____				

<b>DATOS DE LOS ASEGURADOS</b>	Domicilio familiar _____				
	Código postal _____		Localidad _____		
	Provincia _____				
	Teléfono _____				
	Apellidos y Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (1)	Parentesco (2)	DNI/NIF
	1º _____	____.____.____	____	<b>TI</b>	_____
	2º _____	____.____.____	____	____	_____
	3º _____	____.____.____	____	____	_____
	4º _____	____.____.____	____	____	_____
	5º _____	____.____.____	____	____	_____
6º _____	____.____.____	____	____	_____	
7º _____	____.____.____	____	____	_____	
8º _____	____.____.____	____	____	_____	
9º _____	____.____.____	____	____	_____	
10º _____	____.____.____	____	____	_____	

\* Forma de pago mensual solo permitida en la modalidad Sonrisa Perfecta.  
 (1) V= Hombre, H= Mujer.      (2) C= Cónyuge, H= Hijos, P= Padres, F= Resto Familiares, O= Otros TI= Titular.

El solicitante del seguro declara haber contestado conforme a la verdad a las preguntas de esta solicitud. De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, consiente a que los datos que Vd. nos proporcione, incluidos los de salud, sean tratados en un fichero automatizado por CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con el fin de gestionar la relación de aseguramiento, realizar encuestas de satisfacción sobre nuestros servicios y remitirle información comercial, aun terminada la vigencia de la póliza sobre nuestros productos y servicios de seguros y planes de pensiones, financieros, sanitarios, asistenciales y de residencias para la tercera edad. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se harán efectivos mediante carta dirigida al domicilio social de la compañía, Avda. de Burgos, 109 - 28050-MADRID (Indicar Asesoría Jurídica-Protección de Datos) o a través de www.caser.es. Sus datos personales podrán ser cedidos, sin necesidad de comunicar la primera cesión, a entidades del Grupo CASER (consúltese la relación de entidades que en cada momento integran el grupo en www.caser.es) para que por éstas, por cualquier medio de comunicación, incluido el correo electrónico o equivalente, se le realicen comunicaciones comerciales o promocionales, sobre los sectores antes mencionados, adaptadas al perfil de gustos, aficiones, necesidades por Vd. declaradas, así como a las pólizas contratadas con la distintas sociedades del Grupo CASER. Los datos que se recaben podrán ser cedidos a ficheros comunes, a los efectos de lo establecido en la Ley de ordenación, supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras. El solicitante podrá revocar en cualquier momento la autorización concedida para que Caser o las sociedades de su Grupo le remitan ofertas o comunicaciones publicitarias y promocionales, notificándolo en el teléfono gratuito, 900 810 569.

**El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el artículo 107 del ROSSP. 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 MEDIADOR**

**EL SOLICITANTE**