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

## D0000054-H Mod.

## **SOLICITUD DE SEGURO ASISTENCIA SANITARIA**

|                         |  |  |          |                        |                |             | 4              | Alta 🖳 | Modificaci | ión 🖳                                   |
|-------------------------|--|--|----------|------------------------|----------------|-------------|----------------|--------|------------|---|
|                         |  |  |          | Mediado por            | :              |             |                |        |            |   |
| Nº SOLICITUD AGENTE     |  | AGENTE   | FECHA EF | FECHA EFECTO FECHA VEN |                | A VENC      | IMIENTO        |        | PÓLIZA Nº  |   |
|                         |  |  |          |                        | . لــلــا      | . ـــــا .  | للللا          |        |            | لــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ |
| PRODUC                  | сто ш  |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
| DATOS DEL<br>TOMADOR    | Apellidos<br>o Denominación  |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
|                         | NIF/CIF L LLLLL Fecha de nacimiento LLLLL Sexo L   |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
|                         | Domicilio L.   |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
|                         | Localidad Localidad Código postal Localidad Código postal Localidad  |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
|                         | Provincia Fax Fax  |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
|                         | E-mail ————  |  |          |                        | <u>l l l l</u> |             |                |        |            |   |
| DATOS                   | Forma de pago  |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
| DE<br>COBRO             | IBAN LLLL Código Entidad LLLL Oficina LLLL D.C. LL Cuenta LLLLLL   |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
|                         | ENTIDAD / OFICINA LILITION LIL |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
|                         | lgún seguro preceo<br>afirmativo, indicar  | dente de salud? □ SÍ □<br>compañía y número de póliz |          |                        |                |             |                |        |            |   |
|                         | Domicilio familiar   |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
| SO                      | Código postal Localidad Lo |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
|                         | Provincia  |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
| (AD                     | Teléfono LLLLLLLLL   |  |          |                        |                |             |                |        |            |   |
| DATOS DE LOS ASEGURADOS | Apellidos y Nomb   |  |          | Fecha de na            | cimiento       | Sexo<br>(1) | Parent.<br>(2) | D      | NI/NIF     | Caren<br>c. (3)                         |
|                         | 10   |  |          |                        |                |             | TI             |        |            | ш                                       |
|                         | 20   |  |          |                        | لللل           | ш           |                |        |            |   |
|                         | 30   |  |          |                        | لللل           | ш           |                |        |            |   |
|                         | 40   |  |          |                        | لللل           |             |                |        |            | ш                                       |
|                         | 50   |  |          |                        |                | ш           |                |        |            | ш                                       |
|                         | 60   |  |          |                        | لللل           |             |                |        |            |   |
|                         | 70   |  |          |                        | لللل           |             |                |        |            |   |
|                         | 80   |  |          |                        | لللل           | ш           |                |        |            | $\Box$                                  |

(2) C= Cónyuge, H= Hijos, P= Padres, F= Resto Familiares, O= Otros TI= Titular.

(1) V= Hombre, H= Mujer. (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

| Responsable                                     | y Reaseguros, S.A CASER  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|
| Finalidades principales y<br>legitimación       | Finalidades<br>a. Formalización y cumplimiento del contrato de<br>seguro o precontrato.<br>b. Prevención del fraude                                    | Legitimación<br>a. Necesidad para la celebración de un contrato o precontrato<br>b. Cumplimiento de obligaciones legales. |  |  |  |
| Otras finalidades<br>adicionales y legitimación | Finalidades a. Elaboración de perfiles y envío de comunicaciones comerciales.  | Legitimación<br>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<br>Datos:             | Dirección Postal: Avda. de Burgos, 109 28050 – MADRID<br>Correo Electrónico: dpogrupocaser@caser.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 | ı de |  | de |
|--------------------|-----|------|--|----|
|--------------------|-----|------|--|----|