

ECOES

DATOS DEL COLEGIADO

NÚMERO DE COLEGIADO	NIF	FECHA DE EFECTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE	APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> M <input type="text"/> H
DIRECCIÓN		
<input type="text"/>		
C. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELÉFONO	EMAIL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

¿Está ya asegurado en la póliza? SI NO

DATOS DE LOS ASEGURADOS (DISTINTOS DEL COLEGIADO)

NOMBRE	APELLIDOS	NIF	F. NACIMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE	APELLIDOS	NIF	F. NACIMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE	APELLIDOS	NIF	F. NACIMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE	APELLIDOS	NIF	F. NACIMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BENEFICIARIOS: Según Orden de prelación establecido en las condiciones generales (Cónyuges e hijos a partes iguales)

DATOS DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

NOMBRE TITULAR	APELLIDOS TITULAR	PAGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>
*SIN RECARGO POR FRACCIONAMIENTO		
IBAN		
<input type="text"/>		

El que suscribe manifiesta que todos los asegurados se encuentran a la fecha de la firma en buen estado de salud. De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, el Tomador/ asegurado consiente a que los datos que nos proporcione, incluidos los de salud, sean tratados en un fichero automatizado por CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, S.A. 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 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, 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 (consúltense la relación de entidades que en cada momento integran el grupo en www.caser.es.) para que por necesidades por Vd. declaradas, así como a las pólizas contratadas con las distintas sociedades del Grupo CASER. Los datos que se recaben podrán 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 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. De conformidad con lo establecido en el artículo 42 de la Ley 26/2006, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, el tomador acepta conocer que la propuesta que se le formula por parte de la Correduría de Seguros lo es en base al análisis objetivo de un número suficiente de contratos de seguro ofrecido por un número suficiente de compañías de seguros que operan en el ramo en cuestión.

El Tomador acepta la inclusión de sus datos personales en un fichero automatizado cuyo tomador es AndalBrok, SL, con domicilio en C/ Progreso, 7, de Sevilla ante quien podrá ejercer los derechos que le reconoce la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. La finalidad de dicha inclusión es la de gestionar el contrato de seguro a que se refiere la presente solicitud así como poder realizarle propuestas de seguros que puedan ser de su interés.

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 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.

FECHA FIRMA