



MODALIDAD SEGURO	FECHA EFECTO	TIPO/S BENEFICIARIO/S
CUADRO MÉDICO <input type="checkbox"/>	___ / _____ / ___ ⁽¹⁾	COLEGIADO/EMPLEADO DEL COAAT-MA <input type="checkbox"/>
REEMBOLSO GASTOS <input type="checkbox"/>		FAMILAR/ES DE COLEGIADO/EMPLEADO <input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIE/PASAPORTE		SEXO
	FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO (Municipio y provincia)	NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL
	DOMICILIO (Nombre vía, número, bloque, portal, piso, letra, urbanización, etc.)				
	C.P.	MUNICIPIO	PROVINCIA		
CORREO-ELECTRÓNICO		TELEFONO FIJO	TELEFONO MOVIL		
DOMICILIACIÓN BANCARIA PRIMAS (IBAN)					

El solicitante autoriza expresamente a que, en lo sucesivo, se carguen en la cuenta anteriormente indicada de la que es titular, los recibos que presente el COLEGIO OFICIAL DE APAREJADORES Y ARQUITECTOS TÉCNICOS de Málaga para el pago de las primas de seguro de salud ADESLAS de todos los asegurados que a continuación indica:

ASEGURADO TITULAR	APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIE/PASAPORTE		SEXO
	FECHA NACIMIENTO	PROFESIÓN			
ASEGURADO 2	APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIE/PASAPORTE		SEXO
	FECHA NACIMIENTO	PROFESIÓN	PARENTESCO CON TITULAR		
			HIJO/A <input type="checkbox"/>	CONYUGE/PAR.HECHO <input type="checkbox"/>	
ASEGURADO 3	APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIE/PASAPORTE		SEXO
	FECHA NACIMIENTO	PROFESIÓN	PARENTESCO CON TITULAR		
			HIJO/A <input type="checkbox"/>	CONYUGE/PAR.HECHO <input type="checkbox"/>	
ASEGURADO 4	APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIE/PASAPORTE		SEXO
	FECHA NACIMIENTO	PROFESIÓN	PARENTESCO CON TITULAR		
			HIJO/A <input type="checkbox"/>	CONYUGE/PAR.HECHO <input type="checkbox"/>	

⁽¹⁾ El día 1 del mes siguiente, o de otro posterior, a la fecha de solicitud.



Esta solicitud no obliga a la aseguradora a formalizar el contrato de seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que ADESLAS acepte la solicitud e incluya al asegurado/s en la Póliza Colectiva y se haga efectiva la prima del seguro.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

De acuerdo con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), le informamos de modo expreso, preciso e inequívoco que los datos facilitados por usted, así como los que se generen en relación con nuestra entidad, serán objeto de tratamiento en los ficheros responsabilidad del COAAT-Málaga, para el cumplimiento de sus fines esenciales.

En cumplimiento de lo establecido en la LOPD y en la Ley 34/2002 de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico (en adelante LSSICE), le informamos que sus datos personales podrán ser utilizados con la finalidad de enviarle comunicaciones con información de interés general y sobre el ejercicio de la profesión y organización colegial en particular, publicitarias y promocionales, a través del teléfono, correo postal, fax, correo electrónico o medios de comunicación electrónica equivalentes.

Para el caso que usted decida contratar la póliza de seguro de salud con ADESLAS, a través de la correduría de seguros SERCOVER, usted otorga su consentimiento para que sus datos personales sean cedidos, tanto a SERCOVER, cómo a ADESLAS, con el fin de proceder a la contratación de la póliza de seguro de salud.

En el caso de los datos relativos a salud, usted consiente expresamente el tratamiento de los mismos a SERCOVER y ADESLAS, cuando sean necesarios para la gestión e información de presupuestos, para en su caso, la aceptación del riesgo, así como para el tratamiento y ejecución contractual de su seguro.

Le comunicamos que podrá revocar el consentimiento del tratamiento o comunicación en todo momento y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito remitido a este Colegio Profesional.

Este Colegio Profesional, se obliga a no divulgar información y/o documentos que les hayan sido señalados como confidenciales, y se obliga, asimismo al cumplimiento de esta obligación por su personal, en todo caso, la confidencialidad no se aplica a informaciones que son o se conviertan o en públicamente disponibles, sin que las partes hayan contravenido sus compromisos de confidencialidad indicados, asimismo y de conformidad con el artículo 10 de la LOPD, este Colegio Profesional, está obligado a guardar secreto profesional respecto a los datos suministrados y el deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aún después de finalizar sus relaciones.

Usted manifiesta que los datos personales que nos facilitó son verdaderos, exactos, completos y actualizados, comprometiéndose a mantener a este Colegio de cualquier modificación en los mismos, siendo usted responsable de cualquier perjuicio que se pudiera ocasionar a este Colegio Profesional, o terceras entidades como consecuencia de incumplir dicha obligación.

Esta solicitud o cualquier documento anexo contienen información privada y confidencial, única y exclusivamente para el destinatario. Si usted no es el destinatario o el solicitante, carece de autorización para leer, copiar, usar o distribuir el mismo y el/los documentos anexos, rogándole que lo destruya junto a los documentos adjuntos y lo comunique los titulares de la información a este Colegio Profesional.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____