



MODALIDAD SEGURO	FECHA EFECTO	TIPO/S BENEFICIARIO/S
CUADRO MEDICO <input type="checkbox"/>	___/___/___ (1)	COLEGIADO/EMPLEADO COAAT-MALAGA <input type="checkbox"/>
REEMBOLSO GASTOS <input type="checkbox"/>		FAMILIARES COLEGIADO/EMPLEADO <input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIE/PASAPORTE	SEXO
	FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO (municipio y provincia)	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
	DOMICILIO (nombre vía, número, bloque, portal, piso, letra, urbanización, etc.)			
	CODIGO POSTAL	MUNICIPIO	PROVINCIA	
	CORREO ELECTRONICO		TELEFONO FIJO	TELEFONO MOVIL
DOMICILIACION BANCARIA (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	PROFESION	PARENTESCO		
ASEGURADO 2	APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIE/PASAPORTE	SEXO
FECHA NACIMIENTO	PROFESION	PARENTESCO CON TITULAR		
		HIJO/A <input type="checkbox"/>	CONYUGE/PAREJA DE HECHO <input type="checkbox"/>	
ASEGURADO 3	APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIE/PASAPORTE	SEXO
FECHA NACIMIENTO	PROFESION	PARENTESCO CON TITULAR		
		HIJO/A <input type="checkbox"/>	CONYUGE/ PAREJA DE HECHO <input type="checkbox"/>	
ASEGURADO 4	APELLIDOS Y NOMBRE		DNI/NIE/PASAPORTE	SEXO
FECHA NACIMIENTO	PROFESION	PARENTESCO CON TITULAR		
		HIJO/A <input type="checkbox"/>	CONYUGE/ PAREJA DE 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 que ADESLAS acepte la solicitud e incluya al/a los asegurado/s en la Póliza Colectiva y se haga efectiva la prima del seguro.



POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS		
Responsable de Tratamiento	Datos	Razón Social: Colegio Oficial de Aparejadores y Arquitectos Técnicos de Málaga Domicilio: Paseo del Limonar, nº 41. 29016 Málaga Correo-electrónico: info@coaat.es
	Identificación DPD	DEUXTIC ABOGADOS, S.L.P Salvador Silvestre Campos Correo electrónico: ssilvestre@deuxtic.com
Finalidades y Tratamiento	Finalidad	Tramitar la inclusión de asegurados en la Póliza Colectiva de Seguro de Salud ADESLAS-SEGURCAIXA.
	Legitimación	Intermediación para la prestación de un servicio exclusivo para colegiados. La negativa a facilitarnos los datos requeridos imposibilitaría la gestión de la prestación del servicio.
Conservación de los datos		Sus datos serán conservados el plazo correspondiente para cumplir con las obligaciones legales.
Destinatarios de los datos		Sus datos serán comunicados al corredor de seguros SERCOVER, del Grupo MUSAAT, y a la compañía aseguradora SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, sin perjuicio de otras cesiones previstas legalmente.
Derechos		En cualquier momento podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, portabilidad y limitación del tratamiento, dirigiéndose a la dirección arriba indicada o mediante correo electrónico a info@coaat.es bajo el asunto de "Protección de datos".
Posibilidades de Reclamación		Para cualquier cuestión relacionada con el tratamiento de los datos podrá ponerse en contacto con el delegado de protección de datos en la dirección de correo electrónico arriba indicada. En caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpdes).

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____