

## Cómo completar este formulario

### Rellene el formulario con tinta negra y mayúsculas.

#### Bloque A.

Este espacio está reservado para los datos del titular o tomador del seguro.

#### Bloque B.

Utilice este apartado para añadir los datos de las personas que quiera incluir en su póliza, según la modalidad contratada.

#### Bloque C.

Rellene las casillas con los datos de las tarjetas que quiera registrar, indicando la que corresponda con el número del asegurado al que pertenece cada una.

Una vez cumplimentado, envíenoslo utilizando el sobre adjunto de franqueo en destino.

Con **CPP** tiene protegidas todas sus tarjetas, tanto las bancarias como las de centros comerciales, supermercados, tiendas habituales, ocio, clubes, etc... sin límite de número.

**Si ha contratado una póliza Premier, diríjase al teléfono 902 550 557 para registrar los datos de su móvil. Así, en caso de robo o pérdida, podremos bloquearlo.**

**No olvide que este formulario debe ir firmado por todos los asegurados incluidos en la póliza además del titular de ésta.**

Fecha y firma asegurado 2

Fecha y firma asegurado 3

Fecha y firma asegurado 4

Fecha y firma asegurado 5

Imprescindible firma

## Muy Importante

A efectos de lo dispuesto en la normativa vigente relativa a la protección de datos de carácter personal, el Tomador/Asegurado/os quedan informados y expresamente consienten la incorporación de sus datos personales recogidos en esta póliza así como de cualquier otro que pudiera facilitarse a lo largo de la relación contractual a un fichero, automatizado o no, del que es responsable CPP Protección de Servicios de Asistencia S.A.U. (CPP) para el mantenimiento y desarrollo de su relación contractual.

Asimismo, quedan informados y prestan su consentimiento al tratamiento, automatizado o no, de sus datos para que (i) CPP les informe sobre sus actividades y productos presentes y futuros incluso por medios electrónicos (ii) realice prospecciones sobre la calidad de/los producto/s contratado/s y (iii) lleve a cabo estudios de marketing con el objeto de adecuar ofertas a sus perfiles particulares.

Igualmente prestan su consentimiento para que CPP cada sus datos de carácter personal a la Aseguradora ACE European Group, y al resto de las entidades del Grupo CPP, formado por CPP Responding to Life S.L., CPP Protección Familiar S.L. y Key Line Auxiliar S.L., para las finalidades descritas anteriormente.

Si no desea que sus datos sean cedidos a empresas del grupo CPP o sean tratados para fines comerciales pueden oponerse llamando al teléfono 900 818 136 o por escrito, al domicilio social de la misma, en el plazo de un mes desde la recepción de esta información.

CPP garantiza que sus datos personales, serán utilizados con la finalidad, en la forma y con las limitaciones y derechos que concede la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. El consentimiento del solicitante otorgado a favor de CPP se presta sin perjuicio de los derechos de acceso, rectificación, oposición y, en su caso, cancelación de sus datos personales que podrán ser ejercitados dirigiendo comunicación por escrito a CPP Protección y Servicios de Asistencia S.A.U a la dirección Vía de los Poblados, 1 Edificio B2ª Planta, Parque Empresarial Alvento, 28033 Madrid. Así mismo y con el objeto de que CPP pueda prestar las coberturas incluidas en su póliza, el Tomador/Asegurado/os autorizan a CPP a:

- Comunicar a las entidades correspondientes la pérdida o robo de mis/nuestras tarjetas y/o a solicitar la emisión de las mismas.
- Comunicar a los emisores de las tarjetas cualquier cambio de dirección o de teléfono móvil o solicitar el bloqueo del mismo en caso de pólizas Premier.
- Domiciliar los pagos que correspondan a cualquier tipo de adelanto de fondos (va sea en forma de dinero en efectivo o mediante abono de facturas de hotel, billetes de avión, etc.) en una de las tarjetas protegidas siempre y cuando el importe no sea devuelto dentro del plazo estipulado en la póliza.
- Actualizar los datos de sus tarjetas con las entidades emisoras de las mismas para incluir éstas dentro de las tarjetas protegidas por la póliza CPP y proceder al cobro del importe de la prima en cualquiera de los medios de pago protegidos.
- Cargar el importe de la póliza CPP que tiene contratada en una de mis tarjetas protegidas o bien en el número de cuenta bancaria facilitada, siempre y cuando el medio de pago indicado no sea válido o no haya sido satisfecho a través de la forma de pago facilitada en su momento.
- Utilizar sus e-mails como medio de comunicación alternativo, envío de cartas y cualquier otra documentación.

Asimismo CPP informa al Tomador/Asegurado/os, de que sus datos podrán ser incluidos en fichero de solvencia patrimonial siempre y cuando no se haya procedido a la devolución las cantidades adelantadas recogidas en los términos y condiciones del seguro, en los plazos establecidos, y concurren todos los requisitos establecidos en el artículo 38 del RD 1720/2007 que aprueba el reglamento de desarrollo de la LOPD.

**Por favor, indiquenos un número de cuenta bancaria en la cual CPP podrá realizar el cargo correspondiente a su póliza, en caso de que el método de pago no nos permita realizar el cargo.**

Banco/Caja: .....

Entidad Sucursal DC N° cuenta

**Fecha y firma del tomador del seguro (Asegurado 1)**

**Si detecta cualquier error en su póliza o en sus datos personales, estamos a su disposición las 24 horas del día 902 55 05 57**

Imprescindible firma

# Importante!

# Formulario de registro de tarjetas

cpp Protección de Tarjetas

# Formulario de Registro de Tarjetas

ESTE DATO ES IMPRESCINDIBLE.  
Encontrará esta numeración en la carta de bienvenida.  
N° Póliza

## A. Datos del tomador del seguro (Asegurado 1)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido 1 \_\_\_\_\_ Apellido 2 \_\_\_\_\_ DNI/NIE/CIF \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso/Letra \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
 Tel. fijo \_\_\_\_\_ Tel. móvil \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

En caso de pólizas en la modalidad Premier llame al 902 55 05 57 para facilitar los datos de los teléfonos móviles de los asegurados (N° de Teléfono, y N° IMEI) que servirán para poder realizar el bloqueo del terminal en caso de que sea robado o lo haya perdido.

## B. Datos de los asegurados adicionales

Nombre 2 \_\_\_\_\_ Apellido 1 \_\_\_\_\_ Apellido 2 \_\_\_\_\_ DNI/NIE/CIF \_\_\_\_\_ F. nacimiento \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
 Nombre 3 \_\_\_\_\_ Apellido 1 \_\_\_\_\_ Apellido 2 \_\_\_\_\_ DNI/NIE/CIF \_\_\_\_\_ F. nacimiento \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
 Nombre 4 \_\_\_\_\_ Apellido 1 \_\_\_\_\_ Apellido 2 \_\_\_\_\_ DNI/NIE/CIF \_\_\_\_\_ F. nacimiento \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
 Nombre 5 \_\_\_\_\_ Apellido 1 \_\_\_\_\_ Apellido 2 \_\_\_\_\_ DNI/NIE/CIF \_\_\_\_\_ F. nacimiento \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

## C. Datos de las tarjetas para ser incluidos en la póliza

Por favor marque el número de asegurado que es titular de cada tarjeta y cumplimente todos los datos que se solicitan.

Asegurados	Nombre de las tarjetas a registrar					Tipo de tarjetas		Número de tarjeta					Entidad	Sucursal													
	1	2	3	4	5	Visa	Mastercard	Otros	1	2	3	4			5	6	7	8	9								
✓						<input checked="" type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Otros	4	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	0	0	1	1	2	2	3	3
						<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Otros																			
						<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Otros																			
						<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Otros																			
						<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Otros																			
						<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Otros																			
						<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Otros																			
						<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Otros																			
						<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Otros																			
						<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Otros																			

Muy importante: Imprescindible firmar al dorso de esta hoja.