



La **Asociación Española de Ingenieros de Telecomunicación** tiene negociado una póliza de salud con la compañía **Adeslas**, a través de **UBICA Correduría de Seguros S.A.** Las principales características de este seguro son:

- **Asegurados:** Ingenieros miembros de la **AEIT** inscritos en su registro y familiares directos.
- **Cobertura:** Asistencia Sanitaria.
- **Duración:** anual.
- **Primas mensuales para la anualidad 2016:**
 - De 0 a 44 años: **45,80€**
 - De 45 a 65 años: **65,61€**
 - Mayores de 65 años: **86,90€***
- **Copagos:** Sin copagos.
- **Seguro dental:** Incluido en la prima
- **Oferta Nacional** Excepto País Vasco, Navarra, Cantabria y Asturias

SOLICITUD DE ALTA EN EL SEGURO DE SALUD

- Contratación Telefónica a través del 902 998 112 / 91 758 67 99
- Envío por e-mail o fax del Boletín de Adhesión adjunto en la parte inferior de este documento.

**Para cualquier información adicional contacte con:
Ubica Correduría de Seguros S.A.**



Fax 91.356.31.97 Tlfs. 902.998.112 / 91.758.67.99 email: coit@ubicaseguros.com

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador del Seguro declara que los datos recogidos en la presente póliza son ciertos, otorgando su consentimiento expreso para que puedan ser incluidos en un fichero y tratados por la aseguradora y la correduría, siendo ambas destinatarias y responsables del tratamiento (Adeslas, con domicilio en Madrid, Alejandro Rodríguez, 32 y Ubica Correduría de Seguros, S.A. con domicilio en Madrid, Calle Princesa, Nº 31 3ª) donde el Tomador podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Director del Departamento Jurídico-Técnico.

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.

Nº de Solicitud	Nº de Póliza	Nº de Certificado
-----------------	--------------	-------------------

Nº	PREGUNTA	TITULAR		BENEFICIARIO 1		BENEFICIARIO 2		BENEFICIARIO 3	
		Nombre: Peso:	Estatura:	Nombre: Peso:	Estatura:	Nombre: Peso:	Estatura:	Nombre: Peso:	Estatura:
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años? ¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución
2	¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo
3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	Fecha/...../.....	Motivo: Especifique especialidad y próxima fecha de consulta:	Fecha/...../.....	Motivo: Especifique especialidad y próxima fecha de consulta:	Fecha/...../.....	Motivo: Especifique especialidad y próxima fecha de consulta:	Fecha/...../.....	Motivo: Especifique especialidad y próxima fecha de consulta:
4	¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas
6	Si es mujer: ¿Ha tenido algún embarazo? ¿Está actualmente embarazada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos embarazos? ¿Cuántos partos? ¿Cuántos por cesárea? Otras Observaciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos embarazos? ¿Cuántos partos? ¿Cuántos por cesárea? Otras Observaciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos embarazos? ¿Cuántos partos? ¿Cuántos por cesárea? Otras Observaciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos embarazos? ¿Cuántos partos? ¿Cuántos por cesárea? Otras Observaciones:
7	¿Se encuentra bajo algún control o tratamiento médico en la actualidad? ¿Tiene alguna indicación médica o intención de hacerse algún estudio o tratamiento concreto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál
8	¿Es o ha sido fumador? ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? ¿Consume o ha consumido estupefacientes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a ADESLAS para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia la amparo de la Póliza. Autoriza a la Compañía, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facultativos intervinientes.
ADESLAS podrá resolver la Póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho no podrá fundarse en el desconocimiento por la Aseguradora de datos de la salud del Asegurado que sean ajenos a las preguntas que anteceden.
Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario, Adeslas queda, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

TITULAR DEL SEGURO

Fecha y Firma