



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](mailto: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 Rodriguez, 32 y Ubica Correduría de Seguros, S.A. con domicilio en Madrid, Calle Princesa, Nº 31 3º) 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.

Póliza mediada por UNITECO

NUEVA POLIZA

MODIFICACIÓN DE DATOS

BAJA

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

(Indique Póliza/Certificado. Cumplimente sólo los campos a modificar)

TITULAR	Apellidos		Nombre		Sexo	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	N.I.F.
	Estado Civil	Profesión		Correo Electrónico	Producto /Módulo elegido <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> EXTRA <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> OTROS ..... Especifíquelo			
	Domicilio de Prestación			Localidad		Código Postal	Provincia	
	¿Dispone de alguna otra póliza suscrita con Adeslas? <input type="checkbox"/> SI Indique Nº Póliza: _____ <input type="checkbox"/> NO		¿Desea incluir al Titular como beneficiario? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Fecha de efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA)	Teléfono Particular	Teléfono Profesional	Teléfono Móvil

BENEFICIARIO 1	Apellidos		Nombre		Sexo	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	N.I.F.
	Parentesco (en relación con el Titular) <small>(Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)</small>	Estado Civil	Profesión	Correo Electrónico	Producto /Módulo elegido <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> EXTRA <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> OTROS ..... Especifíquelo			

BENEFICIARIO 2	Apellidos		Nombre		Sexo	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	N.I.F.
	Parentesco (en relación con el Titular) <small>(Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)</small>	Estado Civil	Profesión	Correo Electrónico	Producto /Módulo elegido <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> EXTRA <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> OTROS ..... Especifíquelo			

BENEFICIARIO 3	Apellidos		Nombre		Sexo	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	N.I.F.
	Parentesco (en relación con el Titular) <small>(Mando/Esposa/Hijo/Hija, etc.)</small>	Estado Civil	Profesión	Correo Electrónico	Producto /Módulo elegido <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> EXTRA <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> OTROS ..... Especifíquelo			

INDICAR FORMA DE PAGO:	<input type="checkbox"/> MENSUAL	<input type="checkbox"/> BIMESTRAL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> ANUAL	<input type="checkbox"/> PAGO ÚNICO
------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados informáticamente por ADESLAS, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a ADESLAS. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer ADESLAS de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

**INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE**

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004 y artículo 104 del Real Decreto 2486/1998, se informa al solicitante del seguro que:

- La entidad aseguradora es COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. con domicilio social en la calle del Príncipe de Vergara, 110 de Madrid 28002 sometida al control del Estado Español ejercido a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda.
- La legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española.
- Los interesados podrán formular sus reclamaciones relativas al contrato de seguro ante el Dpto. de Atención al Cliente de ADESLAS como paso previo a la reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones.
- En todo caso podrán acudir a los juzgados y Tribunales de Justicia.

**SOLICITANTE DEL SEGURO**

Firma y fecha	La emisión de la Póliza está condicionada a la aceptación de esta Solicitud por la Compañía
---------------	---

Aplicar Carencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Resolución: <input type="checkbox"/> ACEPTADA <input type="checkbox"/> RECHAZADA <input type="checkbox"/> VER EXCLUSIONES Motivo:	Fecha y Firma
--	---	---------------

OBSERVACIONES:
----------------



**AUTORIZACION BANCARIA**

Titular de la Cuenta Bancaria:			
--------------------------------	--	--	--

Entidad	Oficina	DC	Número de Cuenta

Muy Sres. míos:  
Con esta fecha he pasado instrucciones a la Compañía de Seguros Adeslas, S.A. para que se sirva pasar al cobro contra mi cuenta en su Banco los recibos de prima del seguro que he contratado con dicha Entidad. Les ruego que atiendan tales operaciones hasta nuevo aviso.  
Les saluda atentamente,

Firma y fecha

..... de ..... de .....

Nombre del Banco/Caja
-----------------------

Domicilio de la Sucursal
--------------------------

Población
-----------

Provincia	Código Postal
-----------	---------------

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