



Servicio Médico Colegial ADESLAS

Los servicios médicos que el Ilustre Colegio de Abogados de Sevilla ofrece tanto a los Colegiados pertenecientes al mismo, como a sus familiares (cónyuge e hijos no emancipados, éstos últimos con dependencia económica y que convivan a expensas y bajo el mismo techo que el Colegiado), constan de dos pólizas; una denominada Póliza Classic y la otra Póliza Premium, ambas contratadas con la Compañía Adeslas SecurCaixa. La contratación de dichas pólizas es de carácter voluntario.

PÓLIZA CLASSIC (Ámbito: Sevilla)

El contrato de esta póliza implica el pago, durante el año 2017, de 19,95 € mensuales por beneficiario y el compromiso de permanecer en la misma hasta final de año, renovándose anualmente, salvo comunicación en contrario.

Para la contratación de esta póliza deben enviar a este Colegio la correspondiente ficha cumplimentada indicando en nombre de colectivo – “CLASSIC”

En esta Póliza el colegiado tiene la posibilidad, pagando una cuota supletoria mensual (15,67 €), de contratar los Servicios de Asistencia Domiciliaria que incluyen médico de cabecera, puericultor de zona y practicante.

CONDICIONES ESPECIALES

- Eliminación de los periodos de carencia para los tratamientos y hospitalizaciones en los servicios cubiertos por la póliza.
 - No es necesaria la cumplimentación de Declaración o Cuestionario de Salud.
 - No se aplicará copago a cargo del Asegurado en ninguno de los servicios cubiertos por la póliza.
- Nota: la póliza básica no incluye ningún tipo de prótesis, ni quimioterapia

PÓLIZA PREMIUM (Ámbito: Nacional)

El contrato de esta póliza implica el pago de una cuota por persona y mes para el año 2017 de 47,97 € para menores de 65 años y de 80,33 € para mayores de 65 años y el compromiso de permanecer en la misma hasta final de año, renovándose anualmente, salvo comunicación en contrario. Esta póliza incluye la cobertura Adeslas Plus Dental.

Para la contratación de esta póliza deben enviar la correspondiente ficha cumplimentada indicando en nombre de colectivo – “PREMIUM”

CONDICIONES ESPECIALES

- Eliminación de los periodos de carencia para los tratamientos y hospitalizaciones, excepto las prótesis (10 meses) y los tratamientos de quimioterapia (12 meses).
- No es necesaria la cumplimentación de Declaración o Cuestionario de Salud.
- No se aplicará copago a cargo del Asegurado en ninguno de los servicios cubiertos por la póliza.

Nombre del Colectivo _____	
Número de solicitud _____	Nº Póliza _____
<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Modificación	Nº Certificado _____
Delegación _____	Efecto _____ Envío de documentación <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> KAM <input type="checkbox"/> Cliente
Clave Mediador 1 _____	Clave Mediador 2 _____

Datos del Titular

Apellidos y Nombre _____	NIF/NIE _____
Domicilio: Tipo de Vía _____ Nombre de Vía _____	Número _____ Piso _____
Código Postal _____ Población _____	
Fecha de nacimiento _____ Estado Civil _____	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer N° de empleado _____
Teléfono _____ Teléfono móvil _____	Correo electrónico _____
¿Desea que el Titular sea Asegurado de la Póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicita Exención de Carencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? N° de Póliza _____	
Forma de pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual	Cuenta corriente _____
<input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Semestral	
Producto _____	Complementos adicionales _____

Datos Asegurados

Número de Asegurados _____	
1) Apellidos y Nombre _____	NIF/NIE _____
Domicilio _____ Código Postal _____	Población _____
Fecha de nacimiento _____ Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Parentesco _____
Teléfono _____	
Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____	¿Solicita Exención de Carencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? N° de Póliza _____	
Producto _____	Complementos adicionales _____
2) Apellidos y Nombre _____	NIF/NIE _____
Domicilio _____ Código Postal _____	Población _____
Fecha de nacimiento _____ Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Parentesco _____
Teléfono _____	
Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____	¿Solicita Exención de Carencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? N° de Póliza _____	
Producto _____	Complementos adicionales _____
3) Apellidos y Nombre _____	NIF/NIE _____
Domicilio _____ Código Postal _____	Población _____
Fecha de nacimiento _____ Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Parentesco _____
Teléfono _____	
Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____	¿Solicita Exención de Carencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? N° de Póliza _____	
Producto _____	Complementos adicionales _____

RESOLUCIÓN SOLICITUD: <input type="checkbox"/> ACEPTADA <input type="checkbox"/> RECHAZADA <input type="checkbox"/> EXCLUSIONES

Sin perjuicio del necesario tratamiento de sus datos personales incluidos en la presente póliza para la gestión del seguro, salvo que se indique lo contrario en este formulario o en revocación ulterior, Ud. consiente expresamente que sus datos personales de contacto (nombre, apellidos, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos y dirección de correo electrónico), puedan ser utilizados por SegurCaixa Adeslas S.A. de Seguros y Reaseguros para las siguientes finalidades: (i) para la promoción publicitaria y para ofrecerle productos y servicios comercializados por nuestra entidad o por otras entidades colaboradoras y cuya contratación pudiera resultar de interés, aun en el caso de que la póliza se extinga por cualquier causa, y (ii) para la aplicación de técnicas estadísticas para la elaboración de perfiles y segmentación de datos al objeto de que las comunicaciones comerciales a que se refiere el punto anterior se efectúen con criterios de previa selección.

El consentimiento para remitir comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de la entidad aseguradora comprenderá también su envío mediante correo electrónico o cualquier medio de comunicación electrónica equivalente.

Si no aceptase tal utilización de sus datos personales podrá indicarlo así, marcando la casilla correspondiente de este formulario sin que tal oposición o negativa impida la efectividad de su seguro.

No acepto la utilización de mis datos personales con fines de promoción publicitaria

En todo caso, Ud. podrá ejercer posteriormente y en cualquier momento, en los términos previstos en la legislación aplicable, los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación frente a nuestra compañía, mediante solicitud escrita y firmada, acreditando su identidad, dirigida a la dirección del domicilio social de cualquiera de estas entidades.

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo, se informa al solicitante que la entidad aseguradora es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros con NIF: A-28011864 y domicilio social en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26, inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492 y que la legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española.

Asimismo se le informa que, sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:

1. El Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo.
2. El Defensor del Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo.
3. El Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones (funciones asumidas por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente o el Defensor del Cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.

S.O.S.F.60/07	Fecha _____ Firma _____
SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros - Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona (España) · Inscrita en el R. M. de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492. NIF: A28011864	