



El **Colegio Oficial de Ingenieros de Telecomunicación** tiene negociado una póliza de **Salud Reembolso** con la compañía **Adeslas**, a través de **UBICA Correduría de Seguros S.A.** Las principales características de este seguro son:

- **Asegurados:** ingenieros miembros del COIT inscritos en su registro y familiares directos.
- **Cobertura:** Reembolso de Gastos hasta 150.000€
- **Duración:** anual.
- **Primas mensuales para la anualidad 2017:**
 - De 0 a 19 años: **50,06€**
 - De 20 a 44 años: **70,38€**
 - De 45 a 54 años: **91,58€**
 - De 55 a 64 años: **125,57€**
- **Copagos:** Sin copagos. Excepto en Psicología 9 €

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 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.

Solicitud de adhesión (con Cuestionario de Salud)

Adeslas

Nombre del Colectivo

Número de solicitud

☐ Alta

☐ Baja

☐ Modificación

Nº Póliza

Nº Certificado

Delegación

Efecto

Envío de documentación

☐ Empresa

☐ KAM

☐ 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

☐ Hombre

☐ Mujer

Nº de empleado

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Desea que el Titular sea Asegurado de la Póliza?

☐ Si

☐ No

¿Solicita Exención de Carencias?

☐ Si

☐ No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas?

Nº de Póliza

Forma de pago

☐ Mensual

☐ Trimestral

☐ Bimestral

☐ Semestral

☐ Anual

IBAN

Producto

Complementos adicionales

Datos Asegurados

Número de Asegurados

1) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Sexo

☐ Hombre

☐ Mujer

Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas?

Nº de Póliza

¿Solicita Exención de Carencias?

☐ Si

☐ No

Producto

Complementos adicionales

2) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Sexo

☐ Hombre

☐ Mujer

Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas?

Nº de Póliza

¿Solicita Exención de Carencias?

☐ Si

☐ No

Producto

Complementos adicionales

3) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Sexo

☐ Hombre

☐ Mujer

Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas?

Nº de Póliza

¿Solicita Exención de Carencias?

☐ Si

☐ No

Producto

Complementos adicionales

OBSERVACIONES

Resolución Solicitud:

☐ ACEPTADA

☐ RECHAZADA

☐ EXCLUSIONES

En las Condiciones Generales de la póliza figura un apartado en el que se comunica al tomador/asegurado que sus datos son tratados de forma necesaria para poder contratar y gestionar la póliza.

En la presente solicitud de seguro se comunican las condiciones voluntarias a las que el tomador/asegurado puede oponerse consignándolo así en la solicitud de seguro sin que ello impida, en su caso, la contratación de la póliza. Sin perjuicio del necesario tratamiento de sus datos personales y el de los asegurados incluidos en la presente solicitud para la valoración del riesgo y, en su caso, contratación y posterior gestión del seguro solicitado, a continuación le informamos que, respecto de sus datos personales de contacto (nombre, apellidos, NIF, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos y dirección de correo electrónico), nuestra Entidad pretende utilizar los mismos 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 a la que se refiere la presente solicitud no llegue a formalizarse o se extinga por cualquier causa; (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; (iii) para comunicarlos a la entidad financiera Caixabank, S.A., con NIF A-08663619 y domicilio en Barcelona (08028), Avenida Diagonal, 621 y a las empresas, entidades o fundaciones del Grupo Fundación Bancaria "la Caixa", cuyas actividades formen parte del sector asegurador, bancario, de servicios de inversión, tenencia de acciones, capital riesgo, inmobiliario, viarias, de venta y distribución de bienes y servicios, ocio, servicios de consultoría y benéfico-sociales, todo ello con la finalidad de que puedan dirigirse, mediante cualquier medio de comunicación (postal, telefónico, electrónico, etc.), información comercial de sus productos y servicios.

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

Si no aceptase tal utilización y/o comunicación de sus datos personales podrá indicarlo así, marcando las casillas que a tal efecto figuran en este documento sin que tal negativa impida la tramitación de esta solicitud de seguro y, en su caso, contratación de la póliza.

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 al Responsable de Tramitación de los Derechos ARCO de SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, Paseo de la Castellana, 259 C planta 6ª de Madrid (28046), o frente a cualquiera de las entidades cesionarias antes indicadas.

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación, Solvencia y Supervisión de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, 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 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.

Conforme a lo indicado anteriormente, marque la/s casilla/s correspondientes si no admite el envío de publicidad y/o la cesión de datos indicada.

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

☐ No acepto la comunicación de mis datos personales a terceras entidades.

