



El Colegio Oficial de Ingenieros de Telecomunicación tiene negociado una póliza de salud con la compañía **ASISA**, 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:** Asistencia Sanitaria.
- **Duración:** anual.
- **Primas mensuales para la anualidad 2017:**
  - De 0 a 44 años: **40,69€**
  - De 45 a 64 años: **58,22€**
  - Mayores de 65 años: **83,68€\***

\*Ya Asegurados en ASISA en la póliza del COIT

- **Copagos:** Sin copagos.
- **Seguro Dental:** Incluido en la prima.

### 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 Tfns. 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 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.



Somos médicos

# Solicitud de Seguro de Asistencia Sanitaria

Nombre del Colectivo

<input type="checkbox"/> Nueva Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos	<input type="checkbox"/> Baja de Póliza	Nº Asegurados	Fecha de Efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA)	Nº de Póliza/Certificado
				/ /	-

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal).

**TOMADOR DEL SEGURO**

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos				Producto:			
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Otros:
Vía	Domicilio				Nº	Piso	Esc.	Puerta
Población	Provincia				Código Postal	Teléfono Fijo		
Teléfono Móvil	E-mail				Fax	¿Desea ser Asegurado de la Póliza?		
¿Tiene otras pólizas de ASISA?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decírnos cual?	
¿Cómo nos conoció?	<input type="checkbox"/> Prensa <input type="checkbox"/> Agente Comercial <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar <input type="checkbox"/> Otros							

**ASEGURADOS**

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos							
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad	Profesión		
Vía	Domicilio				Nº	Piso	Esc.	Puerta
Población	Provincia				Código Postal	Teléfono Fijo		
Teléfono Móvil	E-mail				Fax	Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)		
¿Tiene otras pólizas de ASISA?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decírnos cual?	
N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos							
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad	Profesión		
Vía	Domicilio				Nº	Piso	Esc.	Puerta
Población	Provincia				Código Postal	Teléfono Fijo		
Teléfono Móvil	E-mail				Fax	Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)		
¿Tiene otras pólizas de ASISA?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Otros:	Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decírnos cual?	

**DATOS BANCARIOS**

Periodicidad del Pago:	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual							
D. de la Entidad Bancaria:								
Domicilio de la Oficina (calle y nº):	Código Postal:							
Localidad / Provincia:								
Titular de la Cuenta Bancaria:								
Datos Bancarios:	Banco:		Sucursal:		D.C.		Cuenta:	

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, 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 de salud, sean tratados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal), así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros médicos, hospitales u otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA o en su sitio Web www.asisa.es. 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 esté recibiendo. Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial, acerca de la empresa, sus actividades, productos, servicios, ofertas, promociones especiales, etc., por diferentes medios, inclusive el correo electrónico. El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá, mientras se mantenga cualquier relación de negocio o contractual con ASISA. En el caso de que los datos aportados pertenezcan a un tercero, el aportante garantiza que tiene la autorización de los mismos para su comunicación a ASISA. 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 la entidad aseguradora de los datos necesarios para los fines propios del contrato de seguro.

Tomador del Seguro:

Fecha y Firma:

/ /

La emisión de la póliza está condicionada a la aceptación de esta Solicitud por la Compañía.



# Cuestionario de salud

Nombre del Colectivo:

Nº de Póliza / Certificado:

Nombre y Apellidos:

N.I.F./N.I.E.:

¿Cómo definiría su estado de salud actual?

Muy Bueno  Bueno  Regular  Malo  Muy malo

¿Cuánto pesa? Kg

¿Cuánto mide?

Hábitos

SI NO

Fuma

Hace deporte

Hace régimen

¿Visita al dentista? Veces/año

Bebe alcohol

Toma Drogas

Sigue alguna Medicación

¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas?

¿Se hace cheques médicos de empresa, particular, ...?

Realice una breve explicación sobre las respuestas afirmativas:

Intervenciones quirúrgicas

SI NO

¿Ha sido operado alguna vez?

Año

Tipo de operación

Secuelas

Ingresos médicos

SI NO

¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad y/o accidentes?

Año

Enfermedad o proceso

Días de Ingreso

Declare sus últimas tres visitas al médico

Fecha

Motivo de la visita

Especialista

¿Padece alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades?

SI NO

Diabetes

Portador del virus V.I.H.

Otras enf. Endocrinas (Tiroideas..)

Hipertensión arterial

Artrosis

Tumor

Cáncer

Litiasis, "piedras"

Hepatitis

Insuficiencia renal

Enf.mental/nerviosa

Cólicos

Enf. Neurológicas (Parkinson, Alzheimer.)

Enfermedades infecciosas

Miopía

Enf. oído

Otras enf. Oculares

Enf. reumáticas

Bronquitis/Enfisema

Enf. defecto en piel

Enf. Aparato Digestivo (úlcera..)

Angina/infarto

Hernias

Otras enf. cardíacas

Varices/Otras enf. Vasculares

Miomas

Enf. Oseas

Otras enf. ginecológicas

Lesión columna/rodilla

Asma-Alergia

Enf. crónicas

Otras

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado

¿Ha tenido embarazos?

¿Cuántos?

¿Abortos?

¿Cuántos?

Describa aquí las últimas pruebas y análisis que se ha realizado

ASISA elude la asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, declarados y no declarados en el cuestionario que debe suscribir el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones.

El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la transcendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya que prestar su asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos en cada caso a través de esta Entidad.

De acuerdo con el Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose ASISA la facultad de rescindir automáticamente la póliza.

A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

En

, a

de

de 200

Fdo. D.:

En nombre propio.

D.N.I.:

Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad.

Mediante su firma, el Tomador del Seguro declara haber recabado y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/miembros del grupo familiar, con la finalidad de incorporar al presente cuestionario todos los datos de salud relativos a los mismos.

Nombre y Apellidos:

N.I.F./N.I.E.:

¿Cómo definiría su estado de salud actual?

Muy Bueno  Bueno  Regular  Malo  Muy malo

¿Cuánto pesa? Kg

¿Cuánto mide?

Hábitos

SI NO

Fuma

Hace deporte

Hace régimen

¿Visita al dentista? Veces/año

Bebe alcohol

Toma Drogas

Sigue alguna Medicación

¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas?

¿Se hace cheques médicos de empresa, particular, ...?

Realice una breve explicación sobre las respuestas afirmativas:

Intervenciones quirúrgicas

SI NO

¿Ha sido operado alguna vez?

Año

Tipo de operación

Secuelas

Ingresos médicos

SI NO

¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad y/o accidentes?

Año

Enfermedad o proceso

Días de Ingreso

Declare sus últimas tres visitas al médico

Fecha

Motivo de la visita

Especialista

¿Padece alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades?

SI NO

Diabetes

Portador del virus V.I.H.

Otras enf. Endocrinas (Tiroideas..)

Artrosis

Hipertensión arterial

Cáncer

Tumor

Hepatitis

Litiasis, "piedras"

Enf.mental/nerviosa

Insuficiencia renal

Enf. Neurológicas (Parkinson, Alzheimer.)

Cólicos

Miopía

Enfermedades infecciosas

Otras enf. Oculares

Enf. oído

Bronquitis/Enfisema

Enf. reumáticas

Enf. Aparato Digestivo (úlcera..)

Enf. defecto en piel

Hernias

Angina/infarto

Varices/Otras enf. Vasculares

Otras enf. cardíacas

Enf. Oseas

Miomas

Lesión columna/rodilla

Otras enf. ginecológicas

Enf. crónicas

Asma-Alergia

Otras

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado

¿Ha tenido embarazos?

¿Cuántos?

¿Abortos?

¿Cuántos?

Describa aquí las últimas pruebas y análisis que se ha realizado