

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 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 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.

<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: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:	
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		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		¿Desea ser Asegurado de la Póliza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿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 decirnos 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			Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:	
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		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 decirnos cual?		
N.I.F./N.I.E						
Nombre y Apellidos		Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		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 decirnos cual?		
N.I.F./N.I.E						
Nombre y Apellidos		Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		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 decirnos 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 sus sitio Web [www.asisa.es](http://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 pertenecieran a un tercero, el aportante garantiza que tiene la autorización de los mismos para su comunicación a ASISA, en los términos y con los fines expuestos en la presente cláusula. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos deberá dirigirse a ASISA. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivos 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 chequeos 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		SI	NO
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portador del virus V.I.H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enf. Endocrinas (Tiroideas..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasis, "piedras"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. mental/nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Neurológicas (Parkinson, Alzheimer..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enf. Oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Aparato Digestivo (úlceras..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. defecto en piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina/infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices/Otras enf. Vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enf. cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Oseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión columna/rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enf. ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma-Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe aquí los procesos afirmativos que ha declarado

¿Ha tenido embarazos? ¿Cuántos? ¿Abortos? ¿Cuántos?  
Describe aquí las últimas pruebas y análisis que se ha realizado

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 chequeos 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		SI	NO
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portador del virus V.I.H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enf. Endocrinas (Tiroideas..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasis, "piedras"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. mental/nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Neurológicas (Parkinson, Alzheimer..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enf. Oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Aparato Digestivo (úlceras..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. defecto en piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina/infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices/Otras enf. Vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enf. cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Oseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión columna/rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enf. ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma-Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe aquí los procesos afirmativos que ha declarado

¿Ha tenido embarazos? ¿Cuántos? ¿Abortos? ¿Cuántos?  
Describe 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.

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.